

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
Année 1931 - N° 22

Organisation de l'Assistance Médicale et de l'Hygiène Publique en Tunisie

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le 22 Juin 1931

par

CHATENIER LUDOVIC

né le 27 Janvier 1905, à Sisteron (Basses Alpes)



MEMBRES DU JURY :

M. CHASSEVANT, Professeur d'Hygiène, d'Hydrologie, et de Climatologie . . .

PRÉSIDENT

**M. RAYNAUD, Professeur de Clinique des Maladies des pays chauds,
Syphilitiques et Cutanées**

M. POROT, Professeur de pathologie générale et pathologie médicale . . .

JUGES

M. BENHAMOU, chargé des fonctions d'agrégé

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
Année 1931 - N° 22

Organisation de l'Assistance Médicale et de l'Hygiène Publique en Tunisie

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 22 Juin 1931

par

CHATENIER LUDOVIC

né le 27 Janvier 1905, à Sisteron (Basses Alpes)



MEMBRES DU JURY :

M. CHASSEVANT, Professeur d'Hygiène, d'Hydrologie, et de Climatologie . . .

PRÉSIDENT

M. RAYNAUD, Professeur de Clinique des Maladies des pays chauds,
Syphilitiques et Cutanées

M. POROT, Professeur de pathologie générale et pathologie médicale . . .

JUGES

M. BENUAMOU, chargé des fonctions d'agrégé



*Le degré de civilisation d'un peuple se révèle
par la perfection de sa politique sanitaire.*

A. CHASSEVANT (1926).

ORGANISATION
DE
L'Assistance Médicale
ET DE
L'Hygiène Publique
EN TUNISIE

Essai d'Histoire Médicale
Tunisienne

*Thèse pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le
22 Juin 1931.*

UNIVERSITÉ D'ALGER

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie

DOYEN	MM. LEBLANC (*, ☿, I. ☿).
DOYEN HONORAIRE.....	HERAIL (*, I. ☿).
ASSESEUR	GILLOT (I. ☿).

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique.....	MM. CANGE (*, I. ☿).
Clinique médicale et hygiène infantile	GILLOT (I. ☿).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.....	RAYNAUD (*, ☿, I. ☿).
Clinique chirurgicale.....	COSTANTINI (*, ☿, I. ☿).
Clinique obstétricale et puériculture du 1 ^{er} âge.....	LAFFONT (*, ☿, I. ☿).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (☿, I. ☿).
Clinique médicale.....	AUBRY (*, ☿, I. ☿).
Histologie et Embryologie.....	WEBER (*, ☿, I. ☿).
Anatomie pathologique.....	POUJOL (I. ☿).
Chimie biologique et médicale.....	MAILLARD (*, I. ☿).
Hygiène, hydrologie et climatologie..	CHASSEVANT (O. *, I. ☿, O. ☿).
Physiologie	TOURNADE (O. *, ☿, I. ☿).
Pharmacie	MUSSO (I. ☿).
Médecine légale.....	GIRAUD (*, ☿, I. ☿).
Anatomie	LEBLANC (*, ☿, I. ☿).
Microbiologie et cryptogamie.....	PINOY (*, I. ☿).
Physique médicale.....	PORTES (*, ☿, I. ☿).
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.....	CABANES (*, ☿, I. ☿).
Parasitologie et zoologie médicale....	SENEVET (☿, A. ☿).
Chimie minérale, pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I. ☿).
Botanique et matière médicale.....	FOURMENT (A. ☿).
Pathologie générale et pathologie médicale	POROT (A. ☿).
Thérapeutique	LEBON (*, ☿, A. ☿).

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (☿), agrégé (Histologie).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (*, I. ☿).	M. HERAIL (*, I. ☿).
VINCENT (*, I. ☿).	

CHARGES DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-femmes	MM. FUSTER (*, ☿, I. ☿).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie....	H. ABOULKER (*, ☿).

AGREGES

Chirurgie	MM. DUBOUCHER (I. ☿).
	FERRARI (I. ☿).
	MOGGI (*).
Médecine	N...
Physiologie	HERMANN (☿, A. ☿).
Anatomie	RIBET (☿, A. ☿).
Chimie médicale.....	N...
Obstétrique	HOUEL (*, ☿, A. ☿).
Histoire naturelle pharmaceutique...	N...

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549011_0030

Cette thèse est dédiée :

à ma fille Claude

à ma femme

à tous les miens

à mes amis

à mes Maîtres
de la Faculté de Médecine d'Alger

à mes Maîtres des Hôpitaux d'Alger

à mon Maître le Docteur Brun
Chirurgien chef et directeur de l'Hôpital Sadiki
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDÉ DANS CE TRAVAIL,

ET PARTICULIÈREMENT

MONSIEUR LE DOCTEUR GOBERT

Directeur du Service de l'Hygiène Publique de Tunisie

MONSIEUR LE DOCTEUR MAZÈRES

Directeur de l'Office d'Hygiène Sociale

MONSIEUR LE DOCTEUR COMTE ;

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLAIN

Inspecteurs d'Hygiène

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. CHASSEVANT

Professeur d'Hygiène et de Climatologie

Directeur de l'Institut d'Hygiène

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de ma thèse.*

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. RAYNAUD

Professeur de Clinique

des maladies des pays chauds, syphilitiques et cutanées

Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR POROT

Professeur

de Pathologie générale et Pathologie médicale

MONSIEUR LE DOCTEUR BENHAMOU

Chargé des fonctions d'Agrégé

AVANT-PROPOS

L'Etablissement du Protectorat en Tunisie date actuellement de cinquante ans.

Comme il est d'usage, dans presque tous les domaines on dresse le bilan du cinquantenaire.

Il nous a paru intéressant de nous rendre compte par nous-mêmes de ce que la France a réalisé ici en un demi-siècle, au point de vue de l'assistance médicale et de l'Hygiène publique.

Les renseignements ne nous ont pas fait défaut. Toutes les portes où nous avons frappé se sont largement ouvertes. Que tous ceux qui nous ont aidés — et ils sont nombreux — veuillent bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

Dans le retour que nous avons fait vers le passé, il nous a semblé nécessaire, pour pouvoir juger sainement de l'œuvre accomplie, de préciser l'existence des organismes que la France a trouvés en débarquant en Tunisie.

C'est pourquoi dans la première partie de notre travail nous envisageons l'état sanitaire de la Tunisie et ses organismes de défense contre la maladie, à partir du moment où les musulmans se sont installés sur le vieux sol tunisien (c'est en effet la Tunisie musulmane qui nous intéresse) jusqu'à l'établissement du Protectorat français.

Dans une seconde partie nous nous sommes efforcés de mettre en relief l'œuvre française.

La conclusion s'impose d'elle-même.

Située à l'extrémité Est de « l'Afrique mineure », entre le 8° et le 11° degré de longitude et entre le 32° et le 37° parallèle, la Tunisie occupe une place toute particulière du point de vue médical.

En effet, d'une part sa situation subtropicale, d'autre part le fait qu'elle est une escale inévitable pour tout ce qui vient d'Orient — épidémies en particulier — tendent à lui donner une pathologie tout-à-fait spéciale que n'a certainement pas sa voisine l'Algérie.

Au point de vue du climat, la Tunisie semble pouvoir être divisée en quatre grandes régions naturelles.

Dans le Nord, à Bizerte et sur la côte, la constance des vents de mer empêche la brusquerie des écarts de température. Il est rare que l'on y compte une différence de plus de 40° entre les températures extrêmes de l'année. Mais c'est une région très humide.

Les plaines de la Medjerdah, et en particulier la plaine arrosée par son cours inférieur, sont soumises à un régime un peu différent. Le bassin du Dakhla, situé à une faible altitude et enserré de montagnes, ressent déjà les méfaits de l'éloignement de la mer : Souk el Arba connaît des froids de moins 3 degrés et des chaleurs de plus 50°. Tunis est visitée par la brise de mer et subit de moins grandes rigueurs.

Cependant le thermomètre y a baissé jusqu'à 0° 5; mais il est également monté jusqu'à plus 45° 5 par temps de siroco.

Sur les plateaux du centre, rigueurs d'été et d'hiver sont également plus cruelles que dans les montagnes du nord maritime. Au Kef, la même année, ont pu être enregistrés des froids de moins 5° en janvier et une maxima de plus 44° en août.

Les oasis de l'intérieur enfin sont sous la domination d'un climat désertique, essentiellement continental, carac-

térisé par l'amplitude de ses variations. A Gafsa, des gelées de moins 4° en hiver, des températures torrides de plus 48° 8 en été sont d'observation relativement courante.

Gabès, bien qu'au bord de la mer, a un climat analogue.

Ainsi donc, malgré sa double exposition maritime, la Tunisie ne connaît que dans quelques régions de faible étendue les avantages d'un climat vraiment tempéré.

Parallèlement à ces zones climatériques, la Tunisie peut, du point de vue hygiénique, se diviser en quatre régions. Le Dr. Bertholon qui connaissait parfaitement la question, l'avait clairement définie.

La première région comprend les contrôles civils du Nord-Est (contrôles de Bizerte, Tunis, la Goulette, Nabeul). Elle paraît favorable puisque pour 100 décès on y relève 133 naissances françaises.

La seconde région comprend les contrôles civils du Nord-Ouest (contrôles de Bêjà, Souk el Arba, Tabarca, le Kef, Mactar) est moins privilégiée, on ne compte plus que 112 naissances pour 100 décès.

La quatrième et dernière région englobe les contrôles de la Tunisie méridionale (Djerba, Gabès, Tozeur, Gafsa) est beaucoup moins saine. C'est là que la pathologie tunisienne prend un aspect essentiellement tropical.

D'une manière générale, on peut dire que la Tunisie est un pays relativement sain.

En plus des causes intrinsèques, des causes externes interviennent, qui donnent à la Tunisie sa pathologie propre — elle n'est séparée de ses voisins que par des frontières purement arbitraires — en particulier du côté de la Tripolitaine. Or l'expérience de ces dernières années a montré le rôle de foyer contagieux joué par les régions méridionales et orientales de la Tunisie.

D'autre part ses relations commerciales suivies avec l'Orient l'ont souvent contaminée — ses hadjïs revenant

de la Mecque lui ont maintes fois rapporté de désagréables souvenirs.

Le Dr. Loir, premier directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, dans une étude parue en 1896, affirmait que la Tunisie a toujours été un pays parfaitement sain. Les Français, d'après lui, n'ont pas subi au début de la colonisation de la Tunisie la mortalité exagérée qu'on a relevé en Algérie.

De 1855 à 1887, en Algérie, la mortalité française a été de 30 à 47%,

alors que en Tunisie de 1882 à 1895 elle a été de 24 à 25%.

La comparaison de la mortalité en Algérie, avec la mortalité en Tunisie confirmerait donc hautement l'excellence du climat de ce dernier pays.

Aussi pour la période qui s'étend de 1887 à 1830, on a compté à Marseille 34 décès pour 1.000 habitants, à Reims 30, à Toulouse 26, dans la population française prise en bloc 26. La ville de Tunis n'aurait éprouvé qu'une mortalité de 25,2% pendant cette même période.

Ces chiffres sont évidemment séduisants. On n'en peut contester l'authenticité. Mais ils s'appliquent uniquement à la population française.

Sur la démographie indigène, nous ne possédons malheureusement aucun renseignement sûr.

Il y a un fait cependant brutal : la population de la Tunisie en 1880 était sensiblement équivalente à celle du XI^e siècle. Et il est peu vraisemblable que les Arabes aient été moins prolifiques autrefois.

L'explication nous allons la trouver dans l'étude de l'état sanitaire de la Tunisie au cours des siècles.

Ce n'est pas sans peine que nous avons pu faire cette étude. Les matériaux sont rares.

« L'histoire du Maghreb, dit M. E. Gauthier, n'est pas une histoire comme les autres, puisque à proprement parler, personne ne l'a écrite, et personne ne la connaît. »

Ce qui est resté tout au moins c'est l'histoire des grandes épidémies. Les traditions orales perpétuent longtemps le souvenir des fléaux sociaux. Aussi les historiens sont-ils très prolives sur la chronologie des épidémies de peste.

L'étude des épidémies de peste est d'autant plus agréable qu'on est sûr d'écarter toute erreur de diagnostic. Au contraire, pour le typhus, pour le choléra, les auteurs anciens n'ont jamais pu isoler l'entité morbide. La plus belle erreur de ce genre est le fait d'avoir fait mourir Saint-Louis de la peste. Mais nous y reviendrons.

La peste, la maladie à bubons, est une vieille habituée de l'Afrique. Le Dr. Bloch dans sa thèse dit que la Peste s'est manifestée la première fois en Afrique — et à Carthage — en 252 après Jésus-Christ. Guyon, au contraire, fixe son apparition à 430 avant Jésus-Christ. Cette épidémie serait contemporaine de la fameuse peste d'Athènes.

Depuis cette époque, la Peste n'a jamais manqué de revenir de temps à autre.

Pendant tout le Moyen-Age les périodes de paix furent de peu de durée. Il ne se passait pas d'année sans troubles, révoltes, guerres, pillages. La famine suivait et avec elle les épidémies, et la Peste particulièrement.

Les historiens arabes, et surtout Ibn Adhari et Ibn Khaldoun, nous en ont laissé de sombres détails.

De l'état sanitaire de la Tunisie au début de la conquête arabe, nous ne savons rien. On nous raconte que les premières courses des Arabes au Moghreb sont de 641 après Jésus-Christ, que la défaite du Patrice Grégoire et de ses Byzantins à Sbeitla est de 647, que la fondation de Kairouan est de 670. On nous dit que Carthage a été prise et rasée en 698, date memorable qui marque non seulement le départ des Chrétiens de Tunisie mais aussi la disparition définitive de cette malheureuse Carthage.

Nous sommes d'une manière générale bien renseignés sur les événements de cette partie du 7^e siècle. Il nous paraît donc permis de supposer que l'état sanitaire était bon.

D'autant plus qu'à ce moment la Tunisie avait encore conservé la civilisation brillante et l'organisation policée qui avaient été introduites par les Byzantins. Les Arabes, en arrivant, avaient trouvé là, dit E. Gauthier, un vieux pays civilisé et organisé, une **société assise**, les cadres tout fait d'un Etat, un groupe de contribuables entraînés, de l'argent immédiatement palpable, les jouissances de luxe à portée de la main, à la disposition du sabre. Ils n'ont rien désorganisé. Les représentants du Kalife ont succédé aux représentants de Byzance. Une paix relative suit l'occupation arabe.

Mais un siècle environ après la chute de Sbeitla éclate dans toute l'Afrique du Nord l'insurrection Kharedjite. Les tribus nomades en profitent pour venir piller les terres cultivées. En 750 environ, les Ourfedjouma, tribu nomade venue du Sud, s'emparent de Kairouan et la mettent à sac. La Peste apparaît. « Dès lors, dit le Dr. Neveu (état sanitaire de l'Afrique du Nord dans l'Antiquité et de nos jours), nous la verrons constamment ravager les villes et les campagnes s'éteindre et recommencer. En réalité elle y est à l'état endémique ».

En 1801 l'Ifrikya est pacifiée. A Kairouan s'installe le nouveau gouverneur Ibrahim ben Aghlab qui va assurer l'autonomie de la Tunisie, en prenant le titre de Calife. Les descendants des Aghlabites donnent au Maghreb près d'un siècle de paix relative, et rendent à la Tunisie, à Kairouan en particulier, les apparences d'une brillante civilisation arabe. Vers la fin du 9^e siècle cependant les princes aghlabites prennent figure de tyrans sanguinaires. Dans les villes se font d'énormes travaux d'embellissement, à

Kairouan on construit le bassin fameux qui existe encore aujourd'hui. Pendant ce temps, dit Ibn Khaldoun, le peuple meurt de faim et tel est le manque de vivres que certains se nourrissent de chair humaine.

Au début du X^e siècle, les Berbères se soulèvent de nouveau. Les Ketama qui habitent les montagnes du sud constantinois envahissent la Tunisie et renversent le pouvoir aghlabite. En 909 arrive à Kairouan le Mahdi Obeid Allah, descendant de Fatma, sœur du Prophète, et premier en date des sultans fatimides. Ses partisans, les tribus berbères que les historiens ont englobés sous le nom de Chiites, se signalent par leurs pillages et leurs meurtres. En 915 dès le mois de juillet, dit Ibn Adhari une violente épidémie de peste dévaste toute l'Ifrikyia et sévit surtout à Kairouan où elle fait de nombreuses victimes. Quatre ans plus tard une nouvelle épidémie coïncide avec une affreuse disette. Pendant ce temps le Mahdi fonde une ville, Mahdia. Les habitants affolés émigrent. Soliman ben Kafi tente une campagne contre l'Egypte. Son armée entraîne avec elle la contagion.

En 929, nouvelle épidémie à Kairouan.

Puis les sultans fatimides rétablissent l'ordre et la paix sur leur territoire. L'état sanitaire s'améliore.

En 973, le Kalife fatimide El Moezz el Din Allah, faisant aboutir le plus cher désir de ses ancêtres, fait la conquête de l'Egypte — forte revanche du Moghreb sur l'Orient — et s'installe au Caire. Il laisse derrière lui pour gouverner en son nom la Tunisie un berbère, Bologguin fils de Ziri el Sanhadji, qui, suivant un procédé habituel, ne tarde pas à se proclamer indépendant, et sultan sous le nom de Youçouf Aboul Fotouh.

Le début du XI^e siècle est marqué par une très violente épidémie de peste.

En 1004, dit Ibn Adhari, l'Ifrikyia fut désolée par une

effroyable famine. Les vivres, d'abord très chers, manquèrent ensuite. Les nomades quittèrent leurs séjours habituel; la plupart des demeures se vidèrent. A cela se joignirent la peste et les épidémies, qui enlevèrent la majeure partie des habitants.

Mais dans le courant du XI^e siècle, la dynastie des Zirides, califes de Kairouan, établit l'hégémonie des Kabyles Sanhadja sur tout le Moghreb, qui par ce point jouit d'une prospérité assez longue.

Malheureusement, dès 1506 commencent à apparaître en Tunisie les Bédouins Hilaliens dont la venue dans le Moghreb constitue la seconde invasion arabe. En 1057 ils entrent dans Kairouan, qui désormais ruinée cessera d'être la capitale de l'Ifrikya. Les Sultans Zirides continuent en apparence à régner, de Tunis. Mais les Bédouins occupent le pays, pillant les voyageurs, opprimant les populations. L'anarchie est partout, la famine et la peste désolent le pays. Ibn Adhari signale une violente épidémie de peste en 1076.

Puis la dynastie chancelante des Zirides disparaît. Le fameux Mohamed Abd-el Moumen qui avait fondé un empire au Maroc, étend sa domination sur toute l'Afrique du Nord, sa dynastie prendra le nom d'El Mouaheddin (ou Unitaires).

Pendant plus d'un siècle l'Ifrikya connaît avec les Almohades la tranquillité et la prospérité. Par suite, état sanitaire satisfaisant.

En 1228, le Cheick Abou Zaccaria Yaya, de la famille berbère des Abou Hafs, gouverneur de l'Ifrikya au nom des sultans marocains, se proclame indépendant. Sous son gouvernement et avec ses successeurs, les Hafsides, Tunis connut une prospérité et une richesse inconnue jusqu'alors. La justice et la sévère administration d'Abou Zaccaria, dit El Kairouani, furent une abondante source de richesses

pour l'Etat. A sa mort (647 de l'Hegire) il laissa 17 millions de dinars et une bibliothèque de trente six mille volumes. Son fils El Moula Abou Abd Allah Mohamed el Mostancer augmenta encore la prospérité de son Etat. Ce fut sous son règne qu'eut lieu la croisade de Saint-Louis.

C'est en 1269 que Louis IX débarque à Carthage, en plein été. Son armée éfatiguée par un long voyage campe dans des conditions d'hygiène déplorables. El Kairouani rapporte que les Français restèrent 4 mois et 10 jours sur le territoire tunisien. Le 10 Moharrem 669, leur chef mourut de mort naturelle. La peste et les autres maladies éclaircirent leurs rangs. Selon le R.P. Dan, « l'armée de Saint-Louis fut décimée devant Tunis par les fièvres pourpres, dysentériques, et autres semblables ». D'après Joinville enfin, « il prit un flux de ventre au Roy et à Monsieur Philippe son fils, avec les fièvres quartes ». Cet historien ajoute que, de son lit de cendres, St. Louis put, avant de mourir faire ses dernières recommandations à ses fils et à ses vassaux. Il semble donc difficile d'ajouter foi à la légende qui le fait mourir de la peste.

Guyon dit que St. Louis est mort de dysentérie — ce qui expliquerait le « lit de cendres ».

D'ailleurs si l'armée des Croisés avait eu la peste, il est assez vraisemblable que les assiégés auraient partagé leur sort. Or nul auteur, soit chrétien soit musulman ne mentionne d'épidémie parmi les habitants de Tunis à l'époque dont il est question.

Dès cette période les pays européens entretiennent des relations suivies avec la Tunisie.

L'état sanitaire paraît bon. On ne signale de nouvelles épidémies de peste qu'en 1348.

Cette peste coïncide d'ailleurs avec les guerres qui opposèrent les souverains tunisiens aux souverains de l'Ouest,

en particulier Abou Hassen, sultan de Fez, et Abou Tachefin, roi de Tlemcen.

L'épidémie de 1348 aurait, semble-t-il, étendu ses ravages à tout le monde civilisé. Elle est signalée sous le nom de Peste Noire par de très nombreux auteurs en Sicile, en Sardaigne, en Corse, en Italie, en France, en Espagne, puis en Turquie, en Bulgarie, en Hongrie, en Allemagne, en Pologne, en Russie, en Suède.

Dans un de ses sonnets Pétrarque pleure la perte irréparable de Laure, enlevée par un mal inexorable — la peste.

A la fin du XIV^e siècle et pendant le XV^e l'histoire de la Tunisie n'est plus qu'une suite ininterrompue de guerres intestines, de drames de famille inondant de sang le trône et le pays. La dynastie Hafside décline rapidement.

En 873 de l'Hégire (1468), dit El Kairouani, la peste se déclara à Tunis avec tant de violence, qu'il y mourait dit-on, 14.000 personnes par jour, et que les pertes s'élevèrent à 500.000 âmes, dont 400.000 pour la ville et 100.000 au dehors.

Au XVI^e siècle, le commerce maritime s'intensifie. C'est alors qu'apparaissent les Corsaires Barbaresques. Les grandes villes sont en pleine prospérité. En 1533, Mouley-Hassan, roi de Tunis est dépossédé par le fameux Corsaire turc Khein ed Dine (Barberousse) qui venait de conquérir Alger.

La Tunisie passe sous le Protectorat Turc.

Moulay-Hassan fait appel à Charles-Quint qui le rétablit sur son trône en 1535, mais prend la Tunisie sous le protectorat espagnol. Les Espagnols sont expulsés en 1574 et désormais la Tunisie dépend plus ou moins de la Turquie qui lui envoie un Pacha.

Nous sommes très bien renseignés sur la pathologie du Nord de l'Afrique au début du 16^e siècle par un médecin

arabe né en Espagne qui, après avoir parcouru le Maghreb et visité l'Egypte, l'Arabie, la Perse, l'Arménie et la Tartare fut pris en mer par des corsaires chrétiens et amené à Rome où il fut baptisé du nom qu'on lui connaît aujourd'hui, Léon l'Africain.

Les maladies dont parle Léon sont les suivantes : la peste orientale, les fièvres endémiques, la lèpre, l'éléphantiasis, le goître, la teigne, la gale, la goutte et le rhumatisme, la syphilis, le mal caduc et les hernies.

L'auteur consacre à chacune de ces maladies un chapitre plus ou moins long.

« L'été dure, dit Léon, jusqu'au sixième d'août, durant lequel il fait de grandes et extrêmes chaleurs, spécialement aux mois de juin et juillet, pendant lesquels il fait toujours beau; mais si d'aventure il vient à pleuvoir par les mois de juillet ou d'août, les eaux engendrent une très grande corruption d'air, tant que plusieurs en tombent malades avec une fièvre continue dont l'on en voit peu réchapper.»

Il dit peu de chose sur la Peste, qu'il n'a sans doute pas observé dans ses voyages. Par contre il fait une étude approfondie de la lèpre. Pour le goître il a très bien observé la concomitance de l'hypertrophie du thyroïde et du crétinisme chez les malades qui en sont atteints.

Il rapporte plusieurs observations d'éléphantiasis :

« A aucun, écrit-il s'enflent les génitoires si fort que c'est piteuse chose à voir, et estime-t-on que cela leur vient pour avoir mangé trop de fromage salé ».

Quant à la syphilis, Léon pensait que son introduction en Afrique du Nord était de date relativement récente.

« Elle prit son commencement du temps que Fernand, roi des Espagnes, expulsa les juifs hors des limites de son royaume, lesquels s'en vinrent de là habiter en Barbarie,

là où quelques méchants Maures, de perverse nature, se couplèrent avec les femmes de plusieurs de ces juifs qui étaient entachés de cette maladie. De là, suivant de l'un à l'autre et à la file, commença d'infecter toute la Barbarie, tellement qu'il ne se trouve génération que ce mal n'ait entachée ; et tiennent les Africains pour sûr qu'il a pris son origine des Espagnes, suivant laquelle opinion plusieurs l'appellent mal d'Espagne ».

Du point de vue des grandes épidémies, en tout cas, le XVI^e siècle fut assez tranquille.

Au siècle suivant au contraire, peut être à cause de la pauvreté des paysans ruinés par des révoltes continues, peut-être à cause des échanges commerciaux intensifiés entre les ports tunisiens et l'Orient, il se passe très peu d'années sans épidémie.

En 1604 la peste et la disette se font sentir à Tunis.

De 1620 à 1621, dit Kairouani, une grande mortalité produite par la Peste régnait à Tunis. On lui donna le nom de Peste de Sidi Belkris, parce que ce Cheick en mourut.

En 1636 la Peste régnait dans la Régence de Tunis, le dey Mehemet-Kodja en mourut.

En 1640, grande disette suivie d'une épidémie.

A partir de 1643 la peste régna sur différents points de l'Afrique du Nord et notamment dans la Régence de Tunis où elle ne dura pas moins de sept ans.

En 1657 le dey de Tunis Ahmed Knodja meurt de la peste.

En 1663, la peste continue ses ravages dans le sud de la Régence de Tunis et d'Alger.

De 1675 à 1676, sous El Hadj Mami, la peste ravagea Tunis et Hocein Pacha fut une de ses victimes. En six mois, d'après le Consul de France, l'épidémie emporta plus de 40.000 âmes.

En 1690, une lettre du Consul Sorhainde nous apprend « que la ville et le pays voisin sont infestés. »

Au XVII^e siècle la triste série continue. Les lettres des Consuls français, mieux que les anecdotes des historiens arabes nous mettent au courant.

En 1701, 3 vaisseaux qui amènent des troupes du Levant, entrent à Porto-Farina avec 1.200 turcs parmi lesquels était la Peste. L'épidémie s'étend. Elle ravage les troupes tunisiennes qui sont en guerre contre la Régence de Tripoli. Les pertes sont telles que l'armée est forcée de rentrer à Tunis.

Puis, pendant quelques années, la Régence de Tunis est tranquille. Le docteur Peyssonnel arrive en 1724, envoyé en mission par le Roi de France. Dans la relation de son voyage il parle de quelques maladies qu'il a observées. Il cite la dysenterie, la gravelle, la blennorrhagie, la retention d'urine, les hémoptysies, les fièvres. « Du côté de Bège, dit-il, et le long de la rivière du Bragadas, vers la côte du Nord, il arrive toutes les années que dans le mois de juillet et d'août, beaucoup de personnes sont affligées de fièvres tierces et quartes; quelque fois, il survient des fièvres malignes. On en attribue la cause aux eaux de rivière; les habitants s'en abstiennent et ne boivent que de l'eau de puits et de citerne. »

Un tableau de l'état sanitaire à peu près vers la même époque nous est rapporté par le D^r Shaw qui fut longtemps Consul d'Angleterre à Alger et qui voyagea, vers 1740, dans la Régence de Tunis — Il est le premier auteur européen qui ait observé la variole en Afrique du Nord, il cite également la pleurésie, le rhumatisme, la pierre et la gravelle, les diarrhées invétérées et les maladies causées par les vents, les fièvres tierces et quartes, la sciatique. Naturellement il parle avec abondance de la Peste.

Vers 1757, la Tunisie est en pleine révolution, on pille les consulats, on massacre dans les rues. La ville de Tunis manque d'eau car les sources ont été taries par les secousses sismiques. On s'étonne de ne pas entendre parler de peste. Puis, pendant près de trente ans, l'Afrique du Nord

semble tranquille; les lettres des consuls ne parlent pas d'épidémies.

En 1784, cependant, le Consul d'Esparron, écrit : « au commencement du mois de juin dernier, s'est déclarée à Tunis une maladie violente, qui sans être contagieuse ni meurtrière, présentait néanmoins tous les symptômes de la peste. » Quinze jours après, d'ailleurs, il ajoute : « La maladie qui règne à Tunis conserve la même intensité. Elle fait des ravages considérables dans l'intérieur du Royaume, principalement au Kef, où elle a déjà emporté le tiers des habitants. »

En 1795, pendant les mois de juin et juillet, la Peste recommence ses ravages à Tunis.

En 1797, elle y était de nouveau. Il mourait à Tunis jusqu'à cinq cents personnes par jour.

Au début du XIX^e siècle, un ancien médecin de l'armée d'Egypte, le Dr Frank vient visiter la Régence, en 1803. Le pays lui plaît et il s'y fixe pour quelques années, tout de suite requis de bien vouloir devenir médecin du Bey. Lui aussi a fait une étude de la pathologie tunisienne. Les maladies les plus fréquentes à Tunis sont, d'après lui :

les diarrhées, les dysenteries, coliques;

la fièvre putride;

les fièvres intermittentes ;

les ophtalmies (surtout en automne).

Les maladies chroniques sont moins fréquentes qu'en Europe, sans doute à cause de la bonté du climat, la simplicité des institutions, des mœurs et du régime de vie. Celles qui se présentent le plus souvent sont l'asthme, l'hydropisie, l'apoplexie, la paralysie, les scrofules, la gravelle, les catarrhes, les affections cancéreuses, leléphantiasis et le dragonneau.

« On croit, généralement, dit-il, que la Barbarie est un

foyer permanent de peste. Cependant, d'après les recherches les plus exactes que j'ai faites pendant mes deux séjours dans la Régence, sur tout ce qui concerne la salubrité de ce pays, je crois pouvoir nettement affirmer que la peste n'est pas inhérente à son climat. L'expérience dément l'opinion sinistre qu'on en a répandue si longtemps, car il est constant qu'il y a eu dans le XVIII^e siècle un intervalle de 82 ans pendant lesquels ce fléau n'a exercé aucun ravage. »

Malgré ces bonnes paroles la peste reparait en 1811 alors que Tunis vient de faire la paix avec Alger après une campagne fatigante. L'épidémie complète l'œuvre dévastatrice de la guerre. Elle paraît avoir été extrêmement maligne. D'après Rousseau, le nombre des décès aurait été de près de 500 par jour en 1818, et de 40 en 1819..

Après cette bruyante apparition, la Peste ne fait plus parler d'elle. On relève seulement quelques cas à Gabès, en 1852.

Mais si la Peste a disparu, d'autres épidémies viennent prendre sa place.

En 1849, une épidémie de choléra partie de Biskra, s'étend à toute l'Afrique du Nord. En 1850, il sévit dans la Régence. Le virus ne disparaît d'ailleurs pas complètement et en 1867 apparaît une nouvelle épidémie — heureusement moins grave que la première — P. Chabert nous en a laissé une description du plus haut intérêt.

En 1868 enfin, c'est le typhus exanthématique qui, à son tour fait des ravages dans la population tunisienne.

De 1868 à l'occupation française, on ne relève plus d'épidémie.

Nous venons de voir que le passé morbide de la Tunisie ne manque ni de vérité, ni de richesse.

Comment la Tunisie soignait-elle ses endémies, comment évitait-elle ses épidémies ?

A ces deux questions nous ne pouvons que répondre des choses vagues.

« La médecine arabe, dit le Dr Ahmed Cherif, dans sa thèse, qui prend son origine dans l'Ecole persane de Dfondjâbour, doit surtout son développement à la médecine grecque dont elle est la gardienne et la continuatrice. C'est en effet dans les traductions d'Hippocrate, de Dioscoride, de Galien, de Paul d'Egine, pour ne citer que les principales sources, qu'elle trouve les éléments de la science qu'elle va accroître et développer. »

La médecine arabe existait donc déjà au VII^e siècle, au moment de la conquête de la Tunisie par les Arabes.

Cependant il faut attendre deux siècles pour entendre citer des médecins tunisiens. Au IX^e siècle, alors que resplendissait la civilisation de Bagdad où siégeait une Ecole de Médecine, en Ifrikya, l'Histoire laisse dans l'ombre les médecins — on est tenté de croire à leur absence.

C'est avec le dernier des Aghlalites, Ziadet Allah le Parricide, qu'apparaît le premier nom de médecin. Ibn Ali Oussaybya, le grand historien de la médecine arabe parle d'un certain Ishag ben Imran qui eut une grande réputation à Kairouan. C'était un juif qui avait étudié à Bagdad. Il y était déjà célèbre quand il quitta la capitale d'Harounal-Rachid, appelé en Tunisie par le prince Aghlalite.

A Kairouan, où il était médecin de la cour, il avait beaucoup de loisirs. Son rôle consistait essentiellement à surveiller les repas du Prince. Aussi pouvait-il instruire des disciples, et écrire des ouvrages médicaux. Parmi les traités qu'il a composés, il ne reste qu'un « Traité de la Melancolie ».

Le X^e siècle fut l'âge d'or de la médecine en Tunisie — il ne fut d'ailleurs pas moins fécond dans le reste de l'Islam. C'est le siècle de Rhazès, en Perse; de Ali Ibn Abbas,

en Irak, d'Abulkacem Azzahraoui (Abulcasis), en Adalou-sie.

En Tunisie arrive Ishag al Israeli, autre médecin juif qui avait étudié au Caire, et qui s'était spécialisé en ophthalmologie. Il avait été également attiré à Kairouan par le même Ziadet Allah le Parricide. Beaucoup plus jeune que Ishaq Ibn Imran, il se fit son disciple, et lui succéda après sa mort. Il eut comme principal disciple Ahmed Ibn Abi-khaled Ibn Aljazzar qui, lui, était musulman et tunisien. Il eut comme ses maîtres une très grande renommée. Il refusait, dit-on, les honoraires; et pourtant, à sa mort, on trouva 24.000 pièces d'or et une bibliothèque pesant plus de 25 quintaux. Il a écrit 23 ouvrages, dont un Traité des fièvres, un livre sur la Peste en Egypte (causes, traitement et prophylaxie), et une sorte d'encyclopédie médico-chirurgicale connue sous le nom de Zad el Monçafir, comprenant 7 livres de 20 ou 25 chapitres chacun, et où il traite en particulier d'un peu de tout, depuis l'alopecie jusqu'aux fractures, en passant par l'amour, le coryza, la pleurésie, la colique douloureuse connue sous le nom de douleur iliaque, les difficultés de l'Enfantement, les fièvres, etc., etc...

Au XI^e siècle, alors que la médecine arabe brillait d'un vif éclat sur le monde civilisé, on parle très peu des Tunisiens. C'est, qu'en effet, avec cette période coïncide l'arrivée des sauvages tribus hilaliennes qui viennent s'accager Kairouan et anéantir sa brillante civilisation. On cite cependant le nom d'un Tunisois : Constantin l'Africain, qui né à Tunis, y fit ses études, puis voyagea. Revenu à Tunis, il devint suspect à ses coreligionnaires qui l'accusèrent de sorcellerie. Il se réfugia à Salerne, en 1070, et y vécut encore 25 ans, dans un monastère, s'occupant surtout de traduire les auteurs arabes en latin. Il ouvrit ainsi aux peuples européens les trésors de l'Orient. C'est par

lui que furent traduits les ouvrages de Ishaq el Israeli et d'Ahmed ibn Aljazzar.

Au XII^e siècle la Tunisie continue comme au siècle précédent à vivre dans les troubles et l'anarchie. Des médecins qui vécurent à cette époque, nous n'en connaissons que deux, qui portent tous deux le surnom de Assakali (1^{er} Sicilien):

le premier, Cherif Alidrisi Assakali, naquit à Ceuta, en 1100 environ. Il passa toute sa jeunesse en Tunisie où il étudia. Plus tard, il émigra en Sicile à la cour du Roi Roger II;

le second, Abdussalem ben Ibrahim Assakali est surtout connu par la légende, dit le D^r Cherif. Sa tombe qui existe encore au cimetière du Djellaz, à Tunis, est vénérée comme celle d'un marabout. On raconte que les vieilles femmes ont coutume d'aller sur sa tombe l'implorer en ces termes : « Ya, toubib Eskoli, daouini bekouli (O médecin sicilien, guéris-moi toute !) ».

Au XIII^e siècle, la Tunisie retrouve la splendeur qu'elle avait sous les rois aghlalites : le fondateur de la dynastie Nafside, Abou Zakaria s'empare de toute l'Afrique du Nord, de Tunis à Tanger.

Mais nous ne savons à peu près rien des médecins de l'époque. On connaît le fils d'Abdussalem Assakali, Ahmed. Nous avons de lui un commentaire du Traité d'Avicenne Ourjouza (canticum) et un traité de médecine intitulé Kitab el Attiba (Livre des médecins). Nous connaissons également Abd el Kerim ben Moslen el Bedji. Né à Béja il avait étudié à l'Ecole de Masdoun; il s'attacha au Calife el Mostanler, sous le règne duquel il mourut, à Marakech. Enfin, Mohamed ben Ahmed el Omaoui, professeur à l'Ecole de Médecine de Bougie vint à Tunis, également appelé par el Mostanler. Il mourut à Tunis, en 1271.

Au XV^e siècle, la dynastie des Hafsides est à son apogée.

Abou Farès se constitue un empire nord-africain, et devient le calife de l'Islam.

Les médecins dont la tradition a conservé la mémoire sont Mohamed Assakali, de la même famille que les précédents. On connaît de lui un Traité de médecine et un Traité de pharmacie. Et Abou Saïd Ibrahim Assakali qui a composé un traité des simples, et un « Livre qui fait réussir dans le traitement de toute espèce de malaises et maladies ».

Au XV^e siècle on ne retrouva plus que El Hassan ben Mohamed el Ouazzan el Fassy dont nous avons déjà parlé sous le nom de Léon l'Africain. Après avoir quitté Rome, il redevint musulman et se fixa à Tunis, où il mourut.

C'est Abou Saïd Ibrahim Assakali qui fut en somme le dernier médecin véritablement tunisien.

« Ce qu'a été la médecine arabe en Tunisie à partir du XV^e siècle, personne n'en sait rien. Il est probable qu'elle a périclité peu à peu, pour tomber à cet état d'empirisme et de pratique charlatanesque qu'elle a revêtu dans les campagnes et même dans les villes jusqu'au jour où la médecine européenne et surtout française est venue la remplacer ». Telle est la conclusion du D^r A. Chérif.

A partir du XVII^e siècle, en effet, il n'existe plus, à proprement parler de médecine arabe. Notons cependant que les différents voyageurs, tels que Peyssonnel, Shaw, Desfontaines, Frank qui ont observé les coutumes médicales en Tunisie, ont été frappés de l'abondance et de la variété de la thérapeutique par les Simples que les guérisseurs arabes utilisaient.

Dès le 17^e siècle, les médecins arabes ont disparu. Les seuls médecins de Tunis, dont l'histoire rappelle les noms sont des médecins européens. Vers 1690, sous Ramdan Bey, un chirurgien français est requis pour aveugler un prince du sang, dangeureux pour la couronne.

En 1724, c'est le D^r Peyssonnel qui remplit pendant quelque temps les fonctions de médecin du Bey.

En 1730, il n'y a pas de médecin à Tunis. Le Consul de France, Saint-Gervais, en réclame un au Ministre de la Marine, dont il dépendait.

« La Nation me prie de représenter à Votre Grandeur le besoin que nous avons d'une personne qui soit en quelque degré chirurgien et médecin, puisqu'il faut passer par les mains de ces Messieurs, et que la Faculté étend impitoyablement ses droits sur toute la terre habitable. Forcés de subir ses lois, nous demandons en grâce à Votre Grandeur qu'il nous soit permis de faire choix à Marseille d'une personne qui sache nous tuer méthodiquement et suivant les règles de l'art.

Pour engager à ce déplacement un chirurgien raisonnablement habile, si Votre Grandeur le trouve bon, nous lui ferons 500 livres d'appointement, le logerons dans le Fondouk et le ferons jouir de quelques autres petites douceurs attachées à la place.

« Nous espérons que dans l'espoir de gagner quelque chose, dans un pays où il n'y a ni chirurgien, ni médecin, un homme tel qu'il nous le faut se donnera à nous pour 500 livres.

« Nous nous flattons que Votre Grandeur se portera volontiers à nous accorder une grâce dont nous voudrions bien pouvoir nous passer. »

En 1772, le Bey Ali demande également à la Cour de France, avec qui il est en excellents termes, de bien vouloir lui adresser un médecin français. On lui envoie un médecin de la Marine Royale, Mallet de la Brosnière, qui touche 3.200 livres pour frais de route, et s'en va au bout de 6 mois.

En 1774, le sieur Dufour est chirurgien de la Nation française à Tunis. Son traitement de 1.200 piastres par an

est payé partie par la Caisse Nationale, partie par le Consul, partie par les négociants. C'est en somme le premier médecin communal de Tunisie.

En 1779, le Bey, qui tient à avoir un médecin français en fait venir un d'Aix. Ce médecin provençal, Bruno Jourdan, restera de longues années à Tunis.

Malgré sa présence, d'ailleurs, le Bey prend comme second médecin, en 1784, un Vénitien, il signor Gazzo, qui cumule les fonctions de médecin du Bey et celle de Consul de Venise.

A partir de ce moment, les médecins italiens tendent à supplanter les médecins français à la Cour beylicale. Qui sait si la politique des Beys dans le courant du XIX^e siècle n'a pas été fortement influencée par eux ? Au début du siècle, en tout cas, l'un d'eux, Mendrici, renégat génois, eut une très grosse action sur la politique, aussi bien extérieure qu'intérieure de la Régence. En 1814, accusé d'avoir aidé à faire disparaître le Bey Hamouda, il est exécuté.

Vers 1805, au moment où le Dr Frank, ex-médecin de l'armée d'Egypte passe au service du Bey, il y a plusieurs médecins français à Tunis, il y en a un à Tabarca. Le Dr Frank ne cacha pas, d'ailleurs, que les médecins européens sont en infime minorité. Dans la « Description de la Régence de Tunis » qui fut publiée après sa mort, il raconte comment la médecine est exercée — en mettant à part les Européens, par des Maures et par des Juifs. Les Juifs, dit-il apprennent leur métier en servant d'infirmier et d'interprète aux médecins européens. Les Maures, au contraire, forment une corporation assez fermée, sous la direction du Hakim-Bachi, principal médecin qui est en même temps directeur de l'hôpital. La charge de médecin est chez les Maures, héréditaire. Comme livre d'étude, ils ne connaissent que le « Canon » d'Avicenne. Pour eux, les

maladies chroniques sont dues à la pituite, ou âcreté du sang, les maladies aiguës ont une étiologie double : les causes froides ou l'excès de chaleur. Les médications sont par suite extrêmement simples. Un des moyens curatifs qui jouit de la plus haute réputation chez les médecins maures et leurs clients est l'emploi des amulettes.

A Tunis, plus qu'ailleurs, on aime les consultations de plusieurs médecins — pratique qui s'est conservée de nos jours dans certains milieux.

La visite se paye, dit le Dr Frank, jusqu'à 3 fr. 50, chez les gens aisés. Sur cette somme, le médecin, qui est aussi pharmacien droguiste, doit fournir les médicaments.

Le métier n'est pas mauvais. Si l'on en croit la correspondance officielle des consuls, un médecin français, Le Gay, arrivé à Tunis, en 1790 et qui fut longtemps médecin du Bey, meurt en 1823, laissant une fortune de 150.000 piastres, ce qui était une somme pour l'époque.

Il est à noter que dans le courant du 19^e siècle ce ne sont pas seulement les médecins de la Cour qui sont italiens, mais ce sont aussi ceux de la ville. Il ne vient plus à Tunis, après 1830, de médecins français. Un seul nous est connu : le Dr Cotton, médecin militaire venu à Tunis avec la mission militaire officielle vers 1848, et qui eut le mérite d'introduire en Tunisie la pratique de la vaccination suivant le procédé de Jenner.

Mesures Sanitaires

Etant donné le fatalisme propre à l'Islam, il pouvait difficilement venir à l'esprit des Tunisiens qu'il est possible de se prémunir contre les épidémies.

Au 17^e siècle, alors que les Européens habitant à Tunis prenaient toute sorte de précaution en temps d'épidémie,

les Musulmans semblaient ne pas se soucier de la contagion.

Ce n'est qu'au début du 18^e siècle que les Beys commencent à prendre des mesures sanitaires.

« La loi défend aux Tunisiens, dit le Dr Peysonnel, de quitter le pays à cause de la peste, mais elle ne les oblige pas d'aller où elle est. C'est sur cette restriction, ou défaut d'obligation que le Bey et les puissances de Tunis se fondent pour prendre des précautions contre la Peste, les chrétiens leur ayant persuadé qu'elle est contagieuse, qu'on peut s'en garantir en évitant toute communication avec les malades, et que c'est au moyen de ces précautions que les chrétiens peuvent vivre au milieu des terres pestiférées, sans être atteints par la contagion. Le Bey et les puissances de ce Royaume, adoptant ces idées ne veulent plus accorder l'entrée à aucun bâtiment venant des lieux infestés. Ils l'ont refusée aux Français pendant que la Peste ravageait la Provence (1720). Ils ne voulaient recevoir aucun navire pas même sous l'obligation de la quarantaine. Il y a des ordres à tous les agas des places maritimes de visiter les patentes des bâtiments venant du Levant, et de leur refuser l'entrée quand ils auront patente brut, c'est-à-dire lorsqu'ils viendront d'un endroit suspect. »

Plus tard, une quarantaine est instituée. « Au milieu du lac de Tunis, dit Desfontaines, en 1783, est un petit château, où les navigateurs, de même que les marchandises venant d'Orient dans les temps de peste, sont déposés pendant quinze jours. » C'est vraisemblablement à ces mesures que la Tunisie doit d'avoir été relativement épargnée par les épidémies pendant le 18^e et le 19^e siècle.

Les Hôpitaux et l'Assistance Médicale Gratuite

De même que les Arabes apprirent l'art médical des Perses, de même — sur le modèle du grand hôpital de Djoudjâbour — ils édifièrent, au Moyen-Age, des hôpitaux dans toutes les grandes villes. Ce fut en Orient d'abord (à Bagdad, où se distinguèrent les Bakhtichou, à Damas, à Antioche, à Jérusalem), puis en Egypte (au Caire et à Alexandrie), puis dans le Moghreb et en Espagne (à Marrakech, Fez, Cordoue, Séville). De ces très nombreux hôpitaux quelques-uns ont même subsisté jusqu'à nos jours : le Maristan du Caire qui date de la fin du X^e siècle de notre ère; le Maristan de Fez, fondé à peu près à la même époque. L'histoire ne dit pas si Kairouan eut son hôpital, mais c'est assez vraisemblable, car nous avons vu que Ishaq ben Imran créa, en somme, une école de médecine, et l'enseignement de la médecine, nous dit le D^r Leclerc (Histoire de la Médecine arabe) se faisait dans les hôpitaux par les médecins chefs de service. La médecine s'enseignait donc chez les arabes du XI^e siècle comme elle est enseignée au XX^e siècle.

En tout cas, les documents font défaut et l'on ne peut dire si Kairouan eut son hôpital.

Au XIV^e siècle, rapporte El Kairouani, le Kalife Abou Fars, le plus grand des Hafsides, dote sa capitale Tunis de toutes sortes de bonnes œuvres : mosquées, citernes publiques, etc... Il fonde une seconde bibliothèque à la grande mosquée et fait construire un grand hôpital pour les pauvres. Cette fois nous sommes fixés.

Vers la même époque, il y avait dans quelques villes, de petits établissements déjà nommés « tekieh » et qui servaient à héberger les indigents sans abri.

De l'existence de l'hôpital fondé par Abou Fars, les historiens ne nous ont rien laissé. Ce qu'il y a de certain,

c'est que vers la fin du XVII^e siècle Tunis ne possède pas d'hôpital. Sous le régime d'Hamouda Pacha une princesse charitable consacre en mourant une partie de ses biens à la création et à l'entretien d'un hôpital qui a existé jusqu'à l'établissement du Protectorat, sous le nom de « Moristane Aziza Othmana ».

Cet hôpital n'a été créé qu'à la fin du XVII^e siècle. Or, depuis près d'un siècle, les Européens établis à Tunis, avaient compris la nécessité des établissements de ce genre.

Au siècle précédent, les Capucins italiens avaient fondé, près des Bagnes où logeaient les esclaves chrétiens, un petit hospice où ils soignaient les esclaves malades.

En 1724, les Trinitaires espagnols édifient un hôpital semblable. Pendant tout le XVII^e siècle, les religieux se consacrèrent avec zèle au soulagement des esclaves.

Nous n'avons pas de description détaillée de ces établissements. Mais, à Alger, à la même époque, existait un hôpital anaolgue. En voici la description qu'en donne le D^r Neveu, d'après une lettre adressée par les Pères Trinitaires à leur Provincial.

« Ce petit hôpital à 8 lits, à savoir 4 de chaque côté, tous scellés dans la muraille à hauteur d'un pied et demi. Les parois y sont nattées de jong; les matelas de feuillage et de jong encore; es couvertures et les manteaux de pareille étoffe, et le reste de la garniture est fait de pauvres hailons qu'apportent avec eux les malades, à savoir de vieilles jupes de drap et de serge toutes rapiécées, et de quelques caleçons...

« Dieu nous a fait cette grâce qu'aucun de nos pauvres malades y est mort... »

En 1756, l'hospice des Capucins est détruit au cours d'une révolte. Il ne rest plus dès lors que l'hospice des Trinitaires.

En 1784, la colonie européenne de Tunis est assez importante.

Le Consul d'Esparron réclame au Gouvernement français les fonds nécessaires pour l'édification d'un hôpital. C'est en vain que pendant toute la fin du XVIII^e siècle et le début du XIX^e les consuls qui se sont succédé à Tunis adressent la même demande. En 1810, l'ordre de la Trinité est supprimé, l'hospice des Trinitaires ferme ses portes. Pendant 30 ans, les Européens de Tunis se passent d'hôpital. Heureusement que l'esclavage chrétien est supprimé.

En 1843, l'abbé Bourgade, assisté des Sœurs de St-Joseph de l'Apparition, ouvre le premier hôpital français de Tunis, grâce à des fonds recueillis par souscription.

Cet hôpital fut doté de six lits disposés en deux salles. Ce n'était pas grand, mais les Européens indigents virent avec enthousiasme cette fondation. D'autant plus que les Sœurs de St-Joseph ne se contentaient pas de distribuer des médicaments. Les nécessiteux étaient sûrs en y allant de ne jamais repartir sans secours, soit en nature, soit pécuniaire.

L'Hôpital était ouvert à tout le monde, sans distinction de race ni de religion.

Les indigènes se méfièrent au début. Ils étudièrent d'abord attentivement les manières de ces femmes qui soignaient pour rien les malades et secondaient les pauvres, trouvant étrange leur désintéressement. Il s'expliquait difficilement le but qui les avait amenées parmi eux. Ils ne comprenaient qu'elles puissent être venues poussées simplement par le désir de soulager leurs souffrances dans la mesure du possible et de leur faire connaître par la bonté et la charité, la supériorité de la nation à laquelle elles appartenaient.

Pour savoir à quoi s'en tenir il leur fallut peu de temps.

Les sœurs en effet ne se contentaient pas de donner des soins à l'Hôpital St. Louis, elles se rendaient à domicile pénétrant dans les demeures arabes avec facilité.

Par leur charité, les Sœurs de St. Joseph commençaient cette conquête des esprits qui allait aboutir en 1881 au Protectorat.

La situation en 1881

En 1881, au moment de l'établissement du Protectorat, il n'y avait comme organisme de l'assistance médicale à Tunis que

l'Hôpital Saint Louis

le Moristane Aziza Othmana.

L'Hôpital Saint-Louis

Cet hôpital que nous venons de voir fonder par l'Abbé Bourgade et les Sœurs de Saint Joseph en 1842 a continué pendant 40 ans à assurer l'assistance médicale gratuite des indigents tunisois de n'importe quelle religion, malgré de nombreuses vicissitudes dues surtout à l'insuffisance budgétaire. Les clients n'avaient pas tardé à affluer de tous côtés. Les lits furent bientôt nettement insuffisants. « Recevez, recevez toujours, disait l'Abbé Bourgade aux Sœurs hésitantes, recevez les malades sans compter, et la Providence viendra ! » On dut augmenter le nombre des lits.

En 1855, l'Abbé Bourgade disparaît; son œuvre lui survit grâce aux Sœurs Saint Joseph.

L'Hôpital n'avait pas de ressource bien définie. Il subsistait grâce à la générosité des Européens de Tunis qui voulaient bien contribuer à son entretien,

Des dames charitables, en particulier des femmes de consul, apportaient toute leur ingéniosité à secourir l'hôpital : quêtes, soirées de charité, tous les moyens étaient bons.

Des familles influentes, comme les Gandolfe, se sont signalées par l'appui efficace qu'elles ont fourni à l'hôpital. Un Gandolfe, dit-on, fit vivre l'Hôpital un certain nombre d'années en trafiquant du Nichan Iftikhar « avec la complicité tacite du Bey ». Une cravate de Commandeur, notamment, fut payée 12 ou 14.000 fr. par un amateur hollandais.

En 1876, les malades augmentèrent dans de fortes proportions. C'est qu'en effet vers cette époque, de grandes entreprises européennes, en particulier la Société des Baignolles, ouvrirent des chantiers en Tunisie.

Les Compagnies commencèrent à payer 1 fr. 75 par jour pour leurs malades. Les consuls des diverses nations firent de même. Les médecins, naturellement, donnaient leurs soins gratuitement. Le budget de l'Hôpital eut des bases beaucoup plus solides.

En 1856 et 1867, le choléra fit à Tunis de grands ravages. C'est alors que la population comprit les services rendus par le modeste hôpital, de même que pendant le typhus de 1868. Six sœurs de Saint Joseph moururent pendant ces diverses épidémies. En 1881, le petit hôpital était fréquenté par une clientèle considérable. Bien mieux, au moment de l'occupation, il n'y avait pas d'ambulance à Tunis. Ce n'est que quelque temps après l'arrivée des troupes que l'autorité militaire fit installer d'abord une ambulance dans des baraquements à Khereddine près de la Goulette, puis un hôpital dans un palais du Kram. En attendant les soldats malades furent hospitalisés à l'Hôpital Saint-Louis. Quelques officiers même y furent admis. Comme les locaux étaient par trop exigus, les officiers furent logés dans une

maison située tout à côté, et habitée par des européennes, dont l'une était sage-femme et attachée à l'Hôpital Saint-Louis.

Le Moristane Aziza Othmana

Cet établissement dont la fondation est due à une princesse charitable, nous l'avons dit, a fonctionné pendant près d'un siècle. C'est qu'en effet il était entretenu par l'Administration des Habous, qui exécutait scrupuleusement les dispositions prises par la défunte princesse Aziza.

L'Hôpital était installé dans un immeuble qui existe encore à l'heure actuelle au n° 101 de la rue de la Casbah. C'était d'ailleurs plutôt un hospice qu'un hôpital : on y recevait surtout les fous, les gâteux, les incurables sans famille. Il servait paraît-il de maison de correction. Jamais un tunisois ne s'y serait fait admettre de son plein gré. Les malades y étaient couchés sur des grabats, des nattes, de vieux tapis provenant de la Charité publique. On le soignait principalement avec des plantes médicinales.

Le dernier médecin qui y exerça son art s'appelait Si Hamda Tball. Il jouissait, dit-on, d'une solide réputation de « Tbib raaouani », c'est-à-dire de guérisseur par les herbes. Il était aussi quelque peu chirurgien. Il ne craignait pas de pratiquer des amputations. Il appliquait encore les techniques que le Dr. Frank nous dit être en usage au début du 19^e siècle : amputation circulaire puis hémostase par immersion dans un bain d'huile très chaude ou de goudron. Il entraînait d'ailleurs dans les attributions du médecin-chef de l'Hôpital d'exécuter certaines peines infamantes comme la perte de la main droite.

En 1880, l'établissement qu'on trouvait mal placé et trop exigu, fut transféré, sur l'initiative du ministre Khereddi-

ne, dans une ancienne caserne de janissaires donnant sur le Souk ed Dziria.

Le nouvel hôpital, qui conservait son nom de Moristane Aziza Othmana, fût inauguré par le Bey Sadók le 1^{er} janvier 1880. Depuis cette époque, et surtout après l'établissement du Protectorat, il a pris officiellement le nom d'Hôpital Sadiki — que le vulgaire n'a d'ailleurs jamais accepté.

Des Européens ont visité l'hôpital quelque temps après son installation. Nous en avons des descriptions faites en particulier par un voyageur allemand, le Chevalier de Hesse-Wartegg, et par un professeur français, le Dr. Variot. Celui-ci fit paraître un article très détaillé sur Sadiki dans un numéro de juin 1881 de « la Revue Scientifique ».

Comme aspect général, dit-il, l'hôpital Sadiki ne diffère en rien des autres maisons musulmanes. De même il ne faut pas y chercher une ressemblance quelconque avec les établissements hospitaliers d'Europe. L'immeuble est constitué par une série de cours intérieures, sur lesquelles s'ouvrent des cellules — éclairées et ventilées uniquement par la porte.

L'installation est tout-à-fait sommaire (identique à celle du Moristane Aziza Othmana). C'est à peine s'il y a cinquante places.

Les malades ne manquent pas — paludéens, tuberculeux, syphilitiques surtout. Le professeur Variot est même frappé de l'abondance des formes tertiaires — gommages cutanées, nécrose des os du crâne, perforation du voile du palais.

Tout un côté du premier étage est réservé aux aliénés. La plupart sont nus dans leurs cellules dont les ouvertures sont munies de grilles de fer. Les agités sont enchaînés.

Il n'y a pas d'installation chirurgicale, pas de pharmacie.. L'Hôpital est en principe destiné à recevoir les indigents malades. Mais il accepte aussi les non-indigents moyennant deux francs par jour. Tous les pensionnaires doivent être tunisiens. Ils peuvent ne pas être musulmans.

L'Administration de l'hôpital est sous la direction des Habous. Les revenus se composent des loyers et de la vente des produits du bien-fond inaliénable légué par la Princesse Aziza Othmana. Le budget varie donc d'une année à l'autre suivant l'état de la récolte.

La direction de l'hôpital est confiée à deux directeurs — l'un, un « oukil » s'occupe de l'administration. L'organisation des services administratifs est d'ailleurs embryonnaire. Il n'y a rien qui ressemble à un bureau d'admission. La plus profonde anarchie règne dans l'établissement.

La direction médicale appartient à un officier de santé sorti de l'Ecole de Médecine d'Alger Si Kaddour ben Ahmed, dont la bonne volonté et le dévouement, dit le Professeur Variot, sont dignes d'éloges.

Il restera directeur de Sadiki pendant une période de 15 ans, jusqu'en 1893 date où il est remplacé par le Dr. Lovy, premier médecin européen ayant pénétré officiellement dans l'hôpital.

Ainsi au moment de l'arrivée de la France en Tunisie, l'Assistance était pour ainsi dire inexistante.

L'Assistance publique était embryonnaire.

L'Assistance médicale comprenait à Tunis un petit hôpital minuscule — l'hôpital Saint-Louis — et un établissement qui voulait passer pour un hôpital : Sadiki.

En dehors de Tunis, il n'y avait rien.

L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Notre but n'est pas de faire une étude approfondie de l'organisation de l'Assistance publique. Mais, étant donné que l'Assistance médicale est partie intégrante de l'Assistance publique telle qu'on la conçoit d'ordinaire, nous avons jugé bon d'en donner un aperçu.

L'Assistance publique proprement dite n'existait pas dans les premières années du Protectorat. L'aide aux indigents se réduisait :

1) pour les musulmans, à des distributions de vivres pendant les périodes de disette.

2) pour les Européens (Français ou Etrangers) à des secours en espèces alloués par les Chancelleries des divers Consulats. Les chancelleries d'ailleurs ne tardèrent pas à être débordées, car le nombre des immigrants indigents attirés par les possibilités des pays neufs, croissait d'année en année. C'est alors qu'apparaissaient les Sociétés de bienfaisance privées qui apportent aux malheureux non seulement des secours en nature ou en espèces, mais aussi des soins médicaux.

En particulier la Société de Bienfaisance française accomplit une œuvre considérable dans ce sens.

Ses ressources qui provenaient uniquement

— des souscriptions volontaires de ses membres

— de dons

— du produit des fêtes données à son profit,

suffirent longtemps. Plus tard elles devinrent insuffisantes, et la Société dut faire appel au gouvernement.

Une commission fut nommée en 1898 au sein de la Conférence Consultative, sur l'initiative du Résident Général René Millet.

Le décret du 19 avril 1900 qui organisait l'Assistance publique en Tunisie, ouvrait au Budget de l'Etat, tant en recettes qu'en dépenses un article spécialement affecté à la dotation d'œuvres d'assistance publique.

Mais, d'après les propres paroles du Résident général R. Millet, « il y aurait eu de grands inconvénients à remplacer l'initiative privée par un service régulier d'assistance publique copié sur celui de France. Ce service serait un rouage mécanique fonctionnant sans que personne ne s'y intéresse et par conséquent très coûteux, tandis que les membres de la Société de Bienfaisance, mettent dans cette œuvre leur cœur et leur intelligence, et font beaucoup avec peu. »

L'Assistance publique resta donc une organisation en dehors de l'Etat.

Ce n'est que huit ans plus tard, par décret du 31 décembre 1908 qu'un Bureau de l'Assistance publique est créé au Secrétariat général du gouvernement tunisien, aujourd'hui Direction générale de l'Intérieur.

A partir de 1909 l'organisation des services d'assistance commence à être méthodiquement poursuivie, suivant un plan étudié et imposé par l'administration.

En 1911 le Bureau de l'Assistance publique absorbe la Direction de la Santé et de l'Hygiène publique, qui avait été créée entre temps.

Le décret du 20 février 1920 renverse les rôles et place le Bureau de l'Assistance Publique et d'Hygiène dans le cadre d'une « Direction de l'Hygiène », comprenant

- le service de l'Assistance publique
- les services sanitaires généraux
- le service sanitaire maritime.

Nouvelle transformation en 1928 : la Direction de l'Hygiène-

ne est supprimée et remplacée par un « Service de l'Assistance et de l'Administration pénitentiaire ».

Il faut reconnaître que ces baptêmes et changements de noms successifs ne manquent pas d'un certain comique pour le Beotien qui ne comprend rien aux choses de l'administration.

Actuellement, le service central de l'Assistance publique est un service distinct, ne dépendant que du Directeur général de l'Intérieur. Il a à sa tête un chef de service. Il comprend un chef de bureau, un inspecteur des pharmacies, un inspecteur des laboratoires, trois rédacteurs, quatre commis, un archiviste et un rabbin.

Le Service de l'Assistance publique a dans ses attributions le contrôle des œuvres de bienfaisance. Elle s'occupe en outre du recrutement et de l'avancement de tout le personnel aussi bien administratif qu'infirmier ou médical (médecins de colonisation). Elle contrôle la gestion des établissements hospitaliers publics de Tunis et de l'intérieur. Elle organise et contrôle les tournées des médecins de colonisation. Elle centralise les rapports des médecins pour l'établissement de la statistique médicale. Enfin elle contrôle l'exercice de la médecine, de la pharmacie, de l'art dentaire et des accouchements, elle assure l'inspection des pharmacies, laboratoires, drogueries etc.

Les Œuvres de Bienfaisance

1) Indigents étrangers -- En règle générale les indigents étrangers sont secourus par leur Consulat ou par leurs sociétés de bienfaisance nationales. Lorsqu'il s'agit d'indigents dont le pays n'a pas de représentant officiel en Tunisie, l'Administration du Protectorat les prend en charge, dans les mêmes conditions que les Français.

2) Indigents français — Il existe à la Résidence générale un « Service des familles nombreuses » qui alloue des secours aux parents indigents de plus de 3 enfants.

Le montant des sommes distribuées chaque année dépasse 250.000 fr.

Pour les indigents français, les secours viennent soit du Bureau de la Comptabilité de la Résidence générale, soit de la Société de Bienfaisance de Tunis.

Cette Société est la plus ancienne de Tunis; c'est en effet en 1882 qu'elle fut constituée sous la présidence du Résident général P. Cambon. Nous avons vu que c'est elle qui suscita la création de l'Assistance publique en Tunisie. Bien avant que le gouvernement lui eut apporté son aide, la Société de Bienfaisance secourait d'innombrables malheureux. En 1895, elle inaugurait rue de l'Ecole un « fourneau économique » auquel était annexé un « asile de nuit ». La Société pratiquait également l'assistance par le travail : elle possédait au Bardo une propriété d'une dizaine d'hectares dont la mise en valeur et la culture étaient assurées exclusivement par la main d'œuvre des assistés.

En 1898 la Société s'installait dans l'immeuble laissé libre rue Sidi Ali-Azouz par le transfert au nouvel hôpital français de l'ancien hôpital Saint-Louis. Elle y ouvrait ses divers services comprenant 2 vastes réfectoires, 2 dortoirs très bien aérés pour hommes et pour femmes. Un étage était réservé aux enfants abandonnés. De plus la Société avait organisé un service de consultations médicales internationales pour les Européens indigents. Le service médical y était assuré par le Dr. Bruch, depuis longtemps médecin de la Société. L'après-midi, avaient lieu des consultations pour les maladies des yeux données par le Dr. Deloulme.

La création de ces consultations internationales répon-

dait certainement à un besoin réel si l'on en juge par les résultats immédiats :

Voici par exemple le chiffre des consultations pour les quinze premiers jours de fonctionnement du service (du 15 au 30 nov. 1899)

Hommes 36

Femmes 115

Enfants 131

soit 282 malades se répartissant ainsi

Français 45

Italiens 327

Naturellement des soins médicaux gratuits étaient donnés à domicile aux indigents — français — qui ne pouvaient se rendre à la consultation.

La Société Française de Bienfaisance eut son existence assurée à partir de 1900 — date à laquelle elle commença à recevoir les subventions du Budget tunisien.

Depuis 30 ans elle n'a pas failli à sa tâche. Son activité s'exerce dans tous les domaines où les devoirs d'assistance et de solidarité peuvent trouver matière à s'exercer. Qu'il s'agisse d'assistance à domicile, d'assistance aux vieillards et aux enfants, d'assistance par le travail, partout l'effort de la Société se manifeste par un développement sans cesse croissant de ses services, dont la gestion s'inspire d'un juste souci de méthode et d'économie.

La Société assiste enfin et secourt à domicile une moyenne de 50 enfants et elle envisage la création à son orphelinat d'ateliers manuels où ses pupilles pourraient effectuer un apprentissage pratique leur permettant l'accès des établissements d'enseignement professionnel.

La Société a reçu en 1930 une subvention gouvernementale de 125.000 fr.

La Société française de bienfaisance de Sousse — a été autorisée par un arrêté du 10 juin 1899. Réduite d'abord à ses propres ressources, elle reçut en 1900 une subvention de 4.500 fr., aujourd'hui portée à 24.000.

Son action est tout-à-fait comparable à celle de la Société de bienfaisance de Tunis.

La Société de Bienfaisance de Bizerte créée en 1901 est également analogue. Elle touche une subvention de 23.000 francs.

La Société Française de Bienfaisance de Sfax autorisée par arrêté en date du 21 avril 1913 a une action très étendue. Elle offre une coopération importante à l'œuvre de la Goutte de lait, et à l'œuvre des Colonies de vacances. (Subvention de 17.000 fr.).

Citons encore les Sociétés françaises de Bienfaisance de la Goulette qui datent de 1898 — de Kairouan (1904) — de Béja (1900).

Les Italiens ont organisé dans la Régence un ensemble assez complet de sociétés de bienfaisance dont l'activité est assez considérable. Ces sociétés sont subventionnées par le gouvernement italien et également par le gouvernement tunisien. Il existe une Société italienne de bienfaisance à Bizerte, à Sfax. A Tunis, la Société italienne de Bienfaisance fonctionne depuis 1899. La caisse de la Société est alimentée par les offrandes et souscriptions de la Colonie italienne, par les cotisations de ses membres, par les subventions du gouvernement italien et du gouvernement tunisien. Malgré un budget assez modeste l'activité de la Société est très grande grâce à la bonne volonté des conseillers et des médecins qui en font partie. En plus des secours en nature ou en espèces, et des médicaments distribués, la Société soigne à domicile un grand nombre de malades. Elle facilite l'admission à l'Hôpital Garibaldi, ou le rapatriement de nombreux incurables.

Les Musulmans ont de même leurs sociétés propres, qui fonctionnent actuellement à Tunis, Bizerte, le Kef, Ferryville, Sousse, Nabeul, Kairouan, Tozeur. Ces institutions, toutes subventionnées par le gouvernement tunisien, s'occupent d'assister les indigents auxquels sont distribués surtout des secours en nature (pain — semoule — blé — maïs). Elles possèdent également un service médical, quelquefois avec dispensaire de consultations — et un service d'assistance de l'enfance.

Les Israélites également ont leurs Sociétés de bienfaisance. Chez les Israélites, l'organisation de l'Assistance publique est particulièrement étudiée. En 1888, le Résident général Massicault qui s'intéressait à toutes les misères se rendit compte de la situation lamentable des juifs tunisiens dont la moitié étaient nécessiteux. Par un décret du 13 juillet 1888 il instituait une « Caisse de Secours pour les Israélites de Tunis et de la Goulette ». Cette Caisse, dont l'administration est confiée à un Conseil dont les membres sont nommés par arrêté ministériel, était au début uniquement alimentée par des taxes diverses, notamment la taxe sur la viande « cacher ».

En 1896, un hôpital particulier était fondé sur des initiatives privées, pour répondre à un besoin urgent.

A partir de 1902, le gouvernement s'intéressa à l'Hôpital Israélite, et à la Société de Bienfaisance et les aida largement par des subventions (en 1902 : 12.000 fr. à l'Hôpital et même somme à la Caisse). En 1930, l'Hôpital a été remplacé par un pavillon spécial à l'Hôpital français. Actuellement il existe des sociétés analogues à Bizerte, Mateur, Sousse, Sfax.

A Tunis la Caisse de Secours aide chaque année près de 15.000 personnes. Le service des consultations, celui des visites à domicile, celui des accouchements (maternité israélite) sont assurés par un grand nombre de médecins tous bénévoles.

II. — Assistance aux vieillards et aux incurables. — Les vieillards indigents européens sont hospitalisés à l'« Asile des Petites Sœurs des Pauvres » à Tunis, et à la « Maison des Mutilés et Anciens Combattants » à l'Ariana près Tunis. A défaut de place dans ces institutions ils sont dirigés aux frais de l'Administration et dans la mesure des places disponibles, sur des hospices algériens.

L'Asile des Petites Sœurs des Pauvres héberge environ 150 vieillards des deux sexes, et reçoit une subvention gouvernementale de 30.000 francs.

La Maison des Mutilés de l'Ariana entretient actuellement 18 vieillards au compte de l'Administration.

Les vieillards et les incurables musulmans sont hébergés à la Tekia de Tunis, asile entretenu par l'Administration des Habous sur les revenus des fondations pieuses, et à la Tekia de Kairouan, annexée à l'Infirmerie-dispensaire de cette ville.

Le nombre des vieillards hébergés à la Tekia de Tunis était, fin 1930, de 110 — il y aurait en outre, internés, 59 aliénés.

Les vieillards et les incurables israélites sont entretenus par les soins de la Communauté israélite de Tunis, à l'Asile israélite de l'Ariana, qui possède une trentaine de places. Cet asile reçoit une subvention de 25.000 francs par an.

Enfin, l'Administration entretient à ses frais, dans des établissements spéciaux de la Métropole un certain nombre d'aveugles et de sourds-muets. Les crédits prévus à cet effet, au budget de l'Assistance publique, se sont élevés à 24.000 francs environ.

III. — Assistance de l'Enfance. — Il existe à Tunis un Comité de Protection et d'Assistance de l'Enfance, créé par décret beylical du 23 juin 1923. Ce Comité est chargé

d'émettre son avis sur toutes les questions qui intéressent la santé de l'enfant, son développement physique, intellectuel et moral, sa protection dans la famille, à l'école, dans la Société. Il répartit entre les différentes œuvres de l'Enfance les ressources qui leur sont réservées dans le Budget spécial de l'Assistance publique.

1) *Protection du Premier-Age*. — La Protection du Premier-Age est une institution déjà assez ancienne puisque, en 1905 elle existait déjà sous le nom d'Œuvre des Nourrices et des Nouveaux-nés abandonnés.

Cette œuvre administrée par la Chancellerie de la Résidence était sous le contrôle et l'autorité directe du Ministre.

Le roulement des enfants assistés variait de 25 à 35 par mois. On donnait 25 francs par mois aux nourrices qui allaitaient des orphelins ou des enfants abandonnés.

Un budget de 6.000 francs par an était prévu.

Quelques nourrices consentaient à garder des enfants après sevrage — les unes le faisaient à titre gracieux, les autres moyennant 10 francs par mois.

En 1923, grâce à l'initiative de Mme Andrée Saint, femme du Résident général, l'œuvre était complètement remaniée. Il était créé dans les principaux centres de la Régence et à Tunis des « Gouttes de lait Lucien Saint », destinées à secourir les nourrissons. Mme Manceron a continué dans le même sens. Actuellement, ces « Gouttes de lait » qui sont entretenues par des fonds provenant soit de subventions gouvernementales, soit de la charité publique sont assez nombreuses :

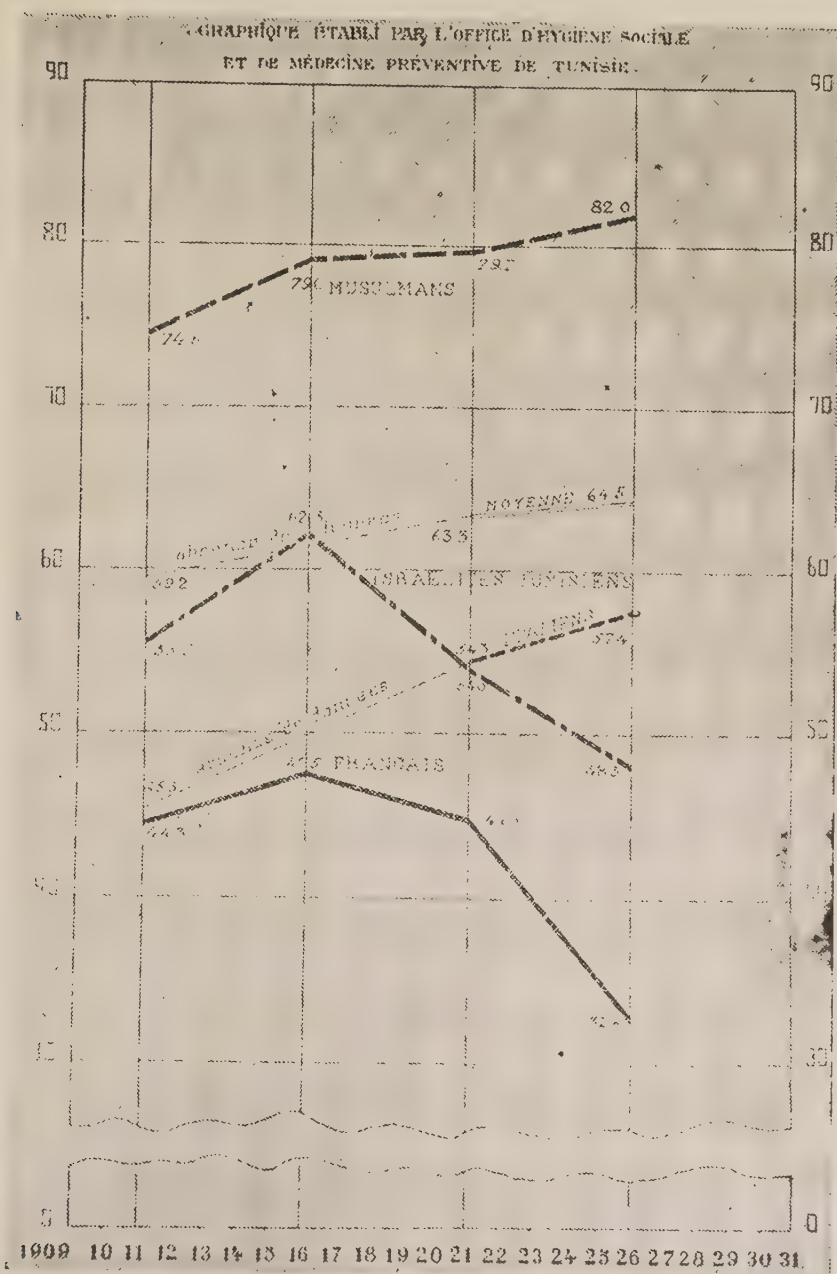
Aïn-Draham, Béja, Bizerte, Djerba, Donz, Ferryville, Gabès, Gafour, Gafsa, Ghardimaou, Goubellat, La Goulette, Grombalia, Kairouan, Kalaat-es-Senan, Kebili, Le Kef, Mahdia, Maktar, Mateur, Médenine, Medjez-el-Bab, Monastir, Nabeul, Nefta, La Pêcherie, St-Joseph-de-Thibar, Sfax, Souk-el-Arba, Souk-el-Khemis, Sousse, et à

VILLE DE TUNIS

MORTINATALITÉ enregistrée de 1909 à 1931 par périodes quinquennales

Proportion par catégorie de populations des morts-nés

(Pour 1.000 naissances totales, morts-nés et nés vivants réunis)



Tunis : Dispensaires de la Société de Secours aux Blessés Militaires, de l'Union des Femmes de France, de l'Union Feminile Italiana, Œuvre israélite des Nourrissons, Œuvre de Protection du Premier-Age, Crèche annexée au Dispensaire Alapetite.

Toutes ces « Gouttes de lait » possèdent un local muni de linge, de médicaments, des instruments et appareils nécessaires à la visite médicale, à la pesée, à l'allaitement, à la vaccination.

Les mères, de toute nationalité, apportent leur enfant au médecin et aux infirmières bénévoles. L'examen, très attentif, du nouveau-né a lieu.

Aussitôt il devient une nouvelle recrue pour la Goutte de lait. Il a sa fiche et son livret. S'il est bien portant son poids est enregistré, son évolution suivie scientifiquement au lieu d'être, comme à l'ordinaire, très empiriquement constatée.

S'il est malade, des soins lui sont donnés. Si l'allaitement maternel doit être abandonné, du lait préparé à la « Goutte de lait » est donné quotidiennement à l'enfant, soit au local même, soit chez lui, avec le contrôle de la balance quand c'est possible.

Enfin, dans ces mêmes « Gouttes de lait » des ouvriers ont été organisés où se confectionnent des vêtements, des objets de layettes qui sont remis aux jeunes mamans lorsqu'elles présentent à la visite des enfants trop misérablement vêtus.

Voici quelques chiffres :

Année	Nombre de consultations	Nombre de biberons distribués
1923	125.840	465.840
1926	260.500	869.640
1929	280.000	880.000

2) *Œuvres de Protection de la Seconde Enfance*. — En cette matière, l'œuvre accomplie par Mme Saint a été double : d'une part elle a donné son appui aux organismes déjà existants, leur permettant de s'agrandir et de s'améliorer, d'autre part elle a procédé à deux créations à Tunis :

le Vestiaire central,

la Caisse de Secours immédiats.

Le Vestiaire central a pour but d'assister par le travail les familles nécessiteuses et de procurer aux enfants dans le besoin, les vêtements dont ils sont dépourvus. Son action s'étend à toute la Tunisie. Au cours de 1930, l'Assistance a porté sur 1.270 familles à Tunis, et 160 dans l'intérieur, représentant 4.400 enfants auxquels il faut ajouter 1.542 enfants des écoles et 247 enfants appartenant aux diverses œuvres, soit au total 6.234 enfants.

La Caisse de Secours immédiats est destinée à fournir immédiatement à toute mère venant demander assistance pour elle et son enfant, un secours variant de 15 à 150 francs, qui lui permet de vivre en attendant l'intervention de la forme d'assistance la mieux appropriée.

Le Dispensaire A lapetite, auquel est annexé une crèche, reçoit les enfants de 2 ans et demi à 8 ans. Son activité est remarquable.

Nombre d'enfants secourus et soignés en 1910 : 14.966

Nombre d'enfants secourus et soignés en 1925 : 97.052

Nombre d'enfants secourus et soignés en 1930 : 119.865

Enfin, il existe divers orphelinats entretenus par les Sociétés de bienfaisance française, musulmane, israélite, italienne. Tout récemment a été créé (octobre 1930) l'Orphelinat de Djedeïda, où sont déjà hébergés une trentaine d'enfants et qui est entretenu par l'Œuvre de l'Enfance.

ORGANISATION ACTUELLE DE L'ASSISTANCE MÉDICALE

Le Gouvernement du Protectorat — pour des raisons sans doute économiques — a longtemps calculé et réfléchi avant de s'occuper des questions qui touchent à l'Assistance médicale.

Tout d'abord, l'exercice de la médecine a été réglementé. Il eût été simple évidemment d'appliquer à la Tunisie les lois qui régissent l'exercice de la médecine en France. Mais il fallait tenir compte des droits conférés aux Européens par les traités du Bardo — la France se porte garante de l'exécution des traités existant entre le Gouvernement de la Régence et les diverses puissances européennes.

M. Massicault élaborà, en quelques mois, le décret suivant, daté du 16 juin 1888 :

Décret réglementant l'exercice de la médecine, de la chirurgie et de l'art des accouchements :

ART. I. — A dater du 15 juillet 1888, nul ne pourra se livrer dans toute l'étendue du territoire de la Régence, à la pratique de la médecine, de la chirurgie ou de l'art des accouchements, s'il n'est possesseur d'un titre lui donnant droit à cette pratique dans le pays où il lui a été concédé.

ART. II. — Les médecins, chirurgiens ou sages-femmes qui voudront exercer leur profession sur le territoire de la Régence, seront tenus, dans le délai d'un mois, à partir du jour où ils ont fixé leur domicile, d'en faire la déclaration par écrit au contrôleur civil de leur circonscription et de déposer, entre ses mains, contre récépissé, le titre dont ils sont porteurs. Ce titre sera ensuite vérifié par

le Secrétariat général du Gouvernement tunisien. S'il a été reconnu valable, il sera enregistré et retourné au titulaire avec une déclaration constatant le droit à l'exercice.

L'omission de ces formalités constitue une contravention passible d'une amende de 16 à 200 francs.

Dans les circonscriptions où il n'existe pas de contrôleur civil, les déclarations seront envoyées directement au Secrétariat général du Gouvernement tunisien.

ART. III. — Les personnes auxquelles aura été délivrée la déclaration constatant le droit à l'exercice pourront se livrer à la pratique de leur art dans toute l'étendue de la Régence. Dans tous les cas elles seront tenues, dans le délai d'un mois de faire enregistrer leur nouvelle circonscription.

L'omission de cette formalité constitue également une contravention passible d'une amende de 5 à 15 francs.

ART. IV. — Les noms des médecins, chirurgiens et sages-femmes pourvus d'un titre conférant le droit à l'exercice seront portés au commencement de chaque année à la connaissance du public par la voie du « Journal Officiel Tunisien ».

ART. V. — Les personnes munies d'un titre valable ne pourront se livrer à l'exercice de leur profession que dans les limites établies par le diplôme qu'elles possèdent. Les sages-femmes ne pourront exercer que l'art des accouchements, sans qu'il leur soit permis, sauf le cas de force majeure, de pratiquer aucune opération ou d'ordonner des médicaments sans l'assistance d'un médecin ou chirurgien pourvu d'un titre lui donnant le droit d'exercer.

Toute infraction aux prescriptions du présent article, sera considérée comme un acte d'exercice illégal.

ART. VI. — L'exercice simultané de la profession de médecin et de la profession de pharmacien est interdit, mê-

me dans le cas de possession des deux diplômes conférant le droit d'exercer ces professions. Tout médecin diplômé pourra cependant vendre des médicaments, s'il réside dans une localité où il n'existe aucun pharmacien autorisé. Les contrevenants sont passibles d'une amende de 50 à 200 francs.

ART. VII. — Est réputée se livrer à l'exercice illégal de la médecine toute personne qui, sans être munie d'un titre valable, a l'habitude ou fait profession, moyennant salaire, ou gratuitement, de conseiller un mode de traitement, l'usage d'un médicament ou d'une substance quelconque qu'elle représente comme capable de guérir, se livre à des manœuvres ou opérations ayant le même but, ou pratique l'art des accouchements.

ART. VIII. — Toute personne qui se livre à l'exercice illégal de la médecine sera traduite devant les tribunaux compétents et passible d'une amende variant de 50 à 500 francs. Si le délit d'exercice illégal est accompagné d'usurpation de titre, l'amende sera de 100 à 1.000 francs. L'amende sera double en cas de récidive, et les délinquants pourront en outre être condamnés à un emprisonnement qui n'excèdera pas trois mois. Les poursuites auront lieu soit d'office, soit à la requête des personnes pourvues d'un titre leur conférant le droit à l'exercice ou d'une association médicale, lesquelles auront le droit, même si la poursuite a lieu d'office, de se porter partie civile et de réclamer des dommages-intérêts pour le préjudice qui leur a été causé.

ART. IX. — Le fait de s'être servi, pour obtenir le permis d'exercer, d'un titre faux ou falsifié, ou d'avoir fait usage d'un titre appartenant à une autre personne, sera assimilé à un faux, et poursuivi par les tribunaux, conformément aux lois.

Dispositions Transitoires

ART. X. — Par dérogation aux dispositions qui précèdent, la tolérance de l'exécution pourra être accordée :

1) aux personnes qui, exerçant la médecine depuis 5 ans au moins, à la date du présent décret, dans la Régence de Tunis, seront en mesure de prouver qu'elles ont fait des études médicales pendant au moins trois ans dans une école, faculté, université ou hôpital-école. Chaque année d'études en plus tiendra lieu d'une année d'exercice en Tunisie ; —

2) aux Indigènes âgés de 60 ans au moins et pratiquant la médecine depuis une période de 20 ans, ainsi qu'à ceux qui sont actuellement pourvus d'un permis beylical;

3) aux Indigènes qui exercent dans les localités, villes, villages ou tribus où il n'existe pas de médecins possédant un titre qui donne le droit à l'exercice.

ART. XI. — Les personnes mentionnées ci-dessus, à l'exception de celles qui sont désignées au § 3, adresseront, dans le délai de deux mois, à partir de la promulgation du présent décret, une demande avec pièces à l'appui, au contrôleur civil de leur circonscription qui la fera parvenir au Secrétariat général chargé d'en assurer la vérification. Le résultat de cette vérification sera communiqué aux intéressés.

ART. XII. — Les personnes ci-dessus mentionnées ne pourront pratiquer aucune opération, si ce n'est celles de la petite chirurgie, sous peine de poursuites devant la juridiction compétente, pour exercice illégal. Elles ne pourront pas être appelées comme experts devant les tribunaux. Les certificats délivrés par elles seront considérés comme nuls et de nul effet devant les autorités judiciaires et administratives. Il leur est interdit, sous pei-

ne d'une amende de 50 à 500 francs de prendre le titre de docteur en médecine ou un titre de nature à faire croire à la possession d'un diplôme donnant droit à l'exercice.

ART. XIII. — La tolérance dont jouissent les personnes mentionnées ci-dessus pourra leur être retirée pour cause grave et sera de droit révoquée si elles ont encouru une condamnation pour exercice illégal.

ART. XIV. — La pratique de l'art des accouchements pourra être tolérée de la part des femmes qui s'y livrent actuellement.

Les femmes qui voudront obtenir cette tolérance seront tenues d'en faire la demande par écrit dans le délai de deux mois, à l'autorité administrative du lieu de leur résidence.

Passé ce délai, aucune tolérance de ce genre ne pourra plus être accordée qu'aux femmes indigènes.

Les femmes auxquelles cette tolérance sera accordée ne pourront en aucun cas pratiquer des manœuvres ou prescrire des médicaments. Toutes les fois qu'elles auront à pratiquer un accouchement difficile ou qui se prolongera, elles seront tenues de faire appeler, soit un médecin, soit une sage-femme diplômée. Toute infraction à ces prescriptions sera considérée comme un acte d'exercice illégal de la médecine, et poursuivi conformément à la loi.

Pour assurer l'exécution de ce décret promulgué en même temps qu'un décret analogue réglementant l'exercice de la pharmacie, une Commission fut nommée par arrêté du 8 août 1888. Cette Commission vérifia les titres des médecins, pharmaciens et sages-femmes.

La proportion des médecins européens non diplômés

était infime. Mais on dut tolérer un nombre considérable de toubibs indigènes. Parmi les médecins européens, la moitié environ étaient français. Le reste était constitué surtout par des Italiens et quelques rares Maltais, Suisses, Grecs ou Turcs. Ainsi, en 1900, il y avait en Tunisie 76 médecins diplômés dont 32 étaient italiens.

Tous ces médecins étaient naturellement installés dans les grandes villes. Dans les campagnes on n'en trouvait pas. Des circonscriptions comme celle de Maktar, avec ses 45.000 habitants, n'avaient pas encore de médecin, en 1904.

C'est entendu, les Indigènes avaient, depuis des siècles, l'habitude de mépriser leurs maux, ou de recourir au marabout. Mais c'est que les colons français s'installaient peu à peu de plus en plus nombreux. Il leur paraissait dur d'être obligés parfois de faire 200 kilomètres pour venir consulter.

Depuis la conquête, les médecins militaires installés dans les garnisons de l'intérieur ne craignaient pas d'ajouter à leurs occupations militaires la clientèle civile : « Nos anciens, dit le médecin colonel Sandras, auraient pu borner leur activité à leurs fonctions si chargées de médecins d'armée. Il n'en fut rien; nous nous efforcerons de montrer l'intérêt qu'ont porté, dès le début, ces hommes dont la plupart venaient directement de France, aux populations indigènes et au pays lui-même. S'ils ont bénéficié du bel exemple que leur avaient donné leurs collègues d'Algérie, leur altruisme, leur désintéressement, l'énergique attention qu'ils apportèrent à observer et à traiter, ne peuvent qu'exalter la gloire de la médecine militaire. Il nous est impossible de citer tous les noms de ceux qui, chargés exclusivement de veiller à la santé et à l'hygiène du corps expéditionnaire, étendirent spontanément et tout de suite leur activité professionnelle aux populations indigènes. Trois d'entre eux, trois jeunes,

moururent en Tunisie, de typhoïde, les aides-majors Hervieu, Leprieur et Gourageaux, tous trois en 1881.

Médecins de corps de troupe, médecins de bureaux arabes, médecins d'ambulance ou d'hôpitaux, tous ont donné leurs soins aux populations civiles. »

Nombreux également furent ceux qui, abandonnant, tels Bertholon, Schoull, Guégan et tant d'autres, le métier qui les avaient introduits dans la Régence, achevèrent, et avec quel succès, leur apostolat comme praticiens civils en Tunisie.

En 1898, un arrêté parut qui posait le premier jalon de l'Assistance médicale hors des grands centres, en organisant le service des médecins municipaux.

Arrêté du 25 octobre 1898.

Le Premier Ministre de S. A. le Bey, Commandant de la Légion d'Honneur,

Arrête :

ART. I. — Les médecins municipaux sont nommés par arrêté du Premier Ministre de Son Altesse.

Les candidats doivent adresser leur demande au Secrétaire du Gouvernement tunisien, accompagnée d'un diplôme de docteur en médecine, d'un extrait de leur acte de naissance, d'un extrait de leur casier judiciaire, et d'un état de leurs services antérieurs ou de leurs travaux scientifiques.

Art. II. — Les médecins municipaux sont tenus de résider dans la commune à laquelle ils sont attachés, à moins que, dans l'intérêt de la santé publique, l'Administration ne leur assigne exceptionnellement une autre résidence.

Pour tout ce qui concerne leur service ils sont placés sous les ordres et la surveillance immédiate de l'autorité

municipale, et le contrôle du Secrétariat général du Gouvernement tunisien.

ART. III. — Dans la localité de leur résidence, les médecins municipaux doivent gratuitement les premiers soins aux personnes victimes d'un accident grave; ils doivent aussi les soins et les secours de leur art à tous les indigents. L'indigence est constatée par un certificat du Président de la Municipalité, du Président de la Commission de voirie.

ART. IV. — Le service ordinaire des médecins municipaux comprend :

- 1) des tournées périodiques dans les quartiers ou groupes de la population de la commune;
- 2) le service de la vaccination publique,
- 3) les visites périodiques auxquelles sont astreintes les filles soumises;
- 4) le service du dispensaire dans les localités qui en sont pourvues;
- 5) la constatation des décès;
- 6) les soins à donner sur réquisitions écrites du Contrôleur civil, du Président de la Municipalité, Commission municipale ou de voirie ou de leurs délégués, au personnel du Contrôle et de la Municipalité, au Spahis de l'Oudjak et aux détenus.

Sont considérés comme faisant partie du personnel de la Municipalité, Commission Municipale ou Commission de voirie, tous les agents de l'Etat participant à un titre quelconque au service municipal.

Dans les villes dépourvues de vétérinaire municipal, les médecins municipaux sont chargés de la visite des viandes de boucherie.

ART. V. — Tout médecin municipal donnera au moins deux jours par semaine à son domicile, ou dans un lo-

cal réservé à cet effet des consultations dont le jour et l'heure seront fixés après accord avec le Président de la Municipalité ou son délégué.

Les familles munies de certificats d'indigence ou les personnes rentrant dans une des catégories énumérées à l'article 4 sont seules admises sans rétribution à ces consultations.

ART. VI. — Lorsque, dans un quartier de la ville, le nombre des malades excède la proportion ordinaire, le médecin se transporte sans retard dans ce quartier pour rechercher la nature et les causes du mal, conseiller les mesures à prendre relativement à l'hygiène publique et privée, et donner les soins aux malades. Il adresse immédiatement son rapport au Secrétaire général du Gouvernement tunisien et le tient au courant des faits importants.

ART. VII. — Chaque année et au moment de la rentrée des classes, à un jour fixé de concert avec les directeurs ou directrices d'écoles, le médecin se rend dans les écoles, afin de constater les conditions hygiéniques de ces établissements, et de s'assurer que les enfants qui s'y trouvent ne sont atteints d'aucune maladie contagieuse, qu'ils ont été vaccinés, ou qu'ils ont eu la petite vérole. Les malades seront confidentiellement signalés aux maîtres ou maîtresses d'école. Pendant le cours de l'année scolaire, les directeurs et directrices d'école, pourront demander au Président de la Municipalité une nouvelle visite.

ART. VIII. — Les médecins municipaux doivent déférer à toutes réquisitions qui leur seraient adressées par les autorités judiciaires ou administratives, pour des constatations médicales relatives à des crimes ou délits qui auraient eu lieu, même en dehors du territoire de la commune.

Ils auront droit, suivant le cas, aux honoraires et frais, de déplacement prévus, soit au tarif français, soit au tarif tunisien, du 12 septembre 1898.

ART. IX. -- En cas d'épidémie grave, un médecin ou officier de santé pourra être adjoint au médecin titulaire de la commune, pour assurer avec lui, sous sa direction, l'exécution du service.

ART. X. — Les médecins municipaux adresseront, tous les trois mois, au Secrétaire général du Gouvernement tunisien, un rapport sur leur service. Ce rapport indiquera :

1) les endémies ou épidémies régnantes (description détaillée, marche, périodes, formes, terminaisons, décès, mesures prises, etc...);

2) les maladies vénériennes;

3) l'hygiène des habitants et des habitations; état des prises d'eau, des canaux d'adduction, des réservoirs, débits des sources;

4) écoles, visite des bâtiments et visite sanitaire des élèves;

5) réquisition médico-légales, leur nombre, localités où a eu lieu le transport, indication très sommaire des opérations faites et du rapport déposé;

6) vaccinations et revaccinations.

Indépendamment de ce rapport trimestriel, les médecins municipaux ayant des services spéciaux (dispensaire, visite des viandes, inspection des denrées alimentaires, service de désinfection, etc...) établiront un rapport annuel sur la marche et la particularité de ces services.

Tunis, le 25 octobre 1898.

(10 Djoumadi ettani 1316)

Signé : Mohamed el Aziz bou Attour.

Ainsi, c'est seulement en 1898, c'est-à-dire 17 ans après l'occupation française que le Gouvernement a pu organiser l'Assistance médicale du territoire. On pourra dire évidemment, qu'en Algérie, il fallut également une longue période de gestation pour organiser ce service : c'est en 1853 que la médecine de colonisation a été réglementée.

Dans d'autres colonies françaises pourtant, en Indochine ou à Madagascar par exemple, l'organisation de l'Assistance publique a immédiatement suivi la conquête. Des administrateurs comme Doumer ou Galliéri n'ont jamais pensé à se retrancher derrière les impossibilités budgétaires. Que dire des pays comme le Maroc, où la création d'un système très perfectionné d'Assistance médicale a précédé la pacification du territoire ?

Le décret du 25 octobre 1898 est parfaitement conçu sous de nombreux points de vue : en particulier l'article I en faisant dépendre les médecins municipaux uniquement du Gouvernement, leur a donné une liberté d'action précieuse. Les médecins municipaux d'Algérie qui dépendaient de la commune, ont pu juger des avantages de leur situation lorsqu'ils étaient en butte à l'hostilité des maires.

Mais rien dans ce décret n'oblige les médecins municipaux à soigner les malades en dehors de leur commune, aussi les soins médicaux qui ont si longtemps manqué aux centres importants manquent-ils encore aux ruraux isolés.

N'est-il pas curieux de noter encore que les premiers médecins officiels aient été des médecins communaux ? En Algérie, le premier médecin d'un centre de colonisation a toujours été un médecin *de colonisation*, arrivé avec les premiers colons. Ce n'est que plus tard, quand le centre a pris un certain développement, que s'installe à côté du médecin de colonisation chargé de donner ses

soins aux populations réparties sur un plus ou moins grand territoire, ce n'est que plus tard, dis-je, qu'arrive le médecin communal ou municipal, rétribué uniquement pour assurer certains services publics de la commune. Quelquefois, même, le médecin de colonisation disparaît pour faire place au médecin communal.

En Tunisie, c'est tout le contraire. On ne s'occupe pas des populations rurales. Il est vrai qu'à ce moment les colons européens étaient encore peu nombreux, et très dispersés. De même, les Indigènes regardaient, dit-on, d'un très mauvais œil ces « Roumis » qui voulaient les empoisonner avec leurs médicaments, qui sous prétexte de les vacciner contre la variole, venaient marquer leurs enfants de manière à préparer pour plus tard l'envoi des garçons à l'armée, des filles à la maison de tolérance. Si nous en croyons les médecins qui ont exercé dans le bled, cet état d'esprit a persisté longtemps. Maintenant, heureusement, les Tunisiens se sont rendus compte que leurs craintes étaient vaines. C'est avec confiance qu'ils viennent en foule demander des médicaments. Et quelle passion ils ont pour les piqures !

Mais cette conquête des esprits a été singulièrement pénible. Quelle persévérance il a fallu chez ces médecins du bled, quel héroïsme parfois. Ainsi, par exemple, lors des épidémies qui, quelques années avant la guerre, ravagèrent la Tunisie, les Indigènes accusaient les médecins de répandre le mal. « La mortalité effrayante qui frappait les douars contaminés, raconte le docteur Conseil, avait fait répandre dans ces milieux frustes que s'étaient nos médicaments qui empoisonnaient les malades. Ils les refusaient; ceux qui le pouvaient s'enfuyaient à notre approche. Il fallait en finir; un jour où le même fait se reproduisait, je vis Provotelle ramasser un récipient manifestement contaminé, tendre ce breuvage au malade,

et comme celui-ci le refusait, sans hésitation, devant tous, Provotelle l'absorba. »

On comprend que l'assistance médicale aux Indigènes ait pu paraître vers 1898 encore prématurée.

Seuls les habitants des grandes villes de la Régence méritaient d'être soignés. Certaines villes d'ailleurs, comme Tabarca, Mateur, Béja, Le Kef, Zaghouan, Gromballia, restèrent encore longtemps privées de médecins.

En réalité, si pendant de nombreuses années, seules les grandes villes peuvent avoir un médecin attiré, c'est pour une raison bien simple : « Vous voulez avoir un médecin, fut-il répondu aux municipalités, et bien payez-le. »

Effectivement, les médecins municipaux émargeaient presque uniquement aux budgets des communes. Ils touchaient de 1.800 francs (La Goulette), à 3.500 francs (Thala), par an.

Mais les colons réclament de plus en plus énergiquement. Les délégués à la Conférence Consultative attirent chaque année l'attention du Gouvernement sur la situation des petits centres, et des colons isolés qui manquent absolument de soins médicaux. En 1903, M. Acquaviva rapportait à la Conférence Consultative un vœu dont voici les conclusions :

« Il conviendrait, à cet effet, de prendre les conclusions suivantes :

1) renoncer au concours incertain des médecins militaires;

2) s'entendre avec les médecins municipaux pour qu'ils assurent le service de la colonisation, moyennant une subvention du Gouvernement qui viendra s'ajouter à celle de la Municipalité;

3) créer des postes de médecin de colonisation partout où le besoin s'en fera sentir;

4) désigner parmi les médecins des villes de Tunis, Bizerte, Sousse et Sfax quels sont ceux qui s'engagent à se soumettre aux obligations de médecin de colonisation;

5) organiser des tournées hebdomadaires pour le service des consultations;

6) tarifier les frais de voyage des médecins de colonisation, leurs honoraires étant presque uniformément fixés en Tunisie à 5 francs par visite. »

En 1904, on a, enfin, créé 4 postes de médecin de colonisation. Encore ceux-ci n'avaient-ils été nommés que parce qu'ils résidaient dans des centres non érigés en commune, et le Gouvernement les avait pris à charge, faute de pouvoir les faire entretenir par une municipalité. Ces médecins de colonisation exerçaient à : Aïn-el-Asker, Bir-M'Cherga, Ferryville, Thala, Tozeur.

Il existait, à cette époque, 16 médecins municipaux : Tunis, La Goulette, Tébourba, dans le Contrôle de Tunis; Béja, Medjez-el-Bab, dans le Contrôle de Béja; Bizerte et Mateur, dans le Contrôle de Bizerte; Djerba, dans le Contrôle de Gabès (ondt le chef-lieu n'avait pas de médecin municipal !); Grombalia et Nabeul, dans le Contrôle de Grombalia; Gafsa, Kairouan, Le Kef, Souk-el-Arba, Sfax et Sousse.

Les médecins municipaux étendent leur domaine. Certains ont même essayé d'organiser hors de leurs communes un service régulier.

Le Gouvernement ne leur refuse pas son concours et il leur donne pour qu'ils assurent ce service de médecin de colonisation une indemnité qui varie de 30 à 100 francs par mois.

C'est ainsi que le médecin de La Goulette dessert La Mornaghia, le médecin du Kef va à Maktar, celui de Nabeul assure toute les semaines une longue tournée dans le Cap Bon.

Depuis 1930, le docteur Massal, de Souk-el-Arba, a organisé deux dispensaires, un à Souk-el-Khemis, l'autre à Ghardimaou qu'il visite périodiquement, et le Dr Henry, médecin de colonisation à Aïn-el-Asker va une fois par semaine à Pont-du-Fahs.

Certaines circonscriptions sont immenses : ainsi, le Dr Wiehn, de Gafour assurera pendant plus de vingt ans le service médical de Gafour, Bou-Arada, Siliana, Ebbaksour, Le Sers.

Dans quelques centres enfin, moyennant une légère indemnité qui varie de 30 à 60 fr. par mois, les médecins militaires consentent à assurer le service de médecin municipal — rôle qu'ils étaient seuls à remplir au début de l'occupation :

Tabarca, Aïn-Draham, Téboursouk, Gabès, Zarzis.

Ainsi, l'assistance médicale est pour ainsi dire assurée complètement sur tout le territoire de la Régence.

Cependant, le nombre des colons s'accroît de jour en jour, la création d'un corps de médecins ruraux s'impose de plus en plus.

Les Médecins de Colonisation

En 1908, enfin, un décret nomme les premiers médecins de colonisation *Journal Officiel Tunisien* du 29 janvier 1908.

Décret du 27 janvier 1908,

Louanges à Dieu !

Nous, Mohammed En Naceur Pacha Bey, possesseur du Royaume de Tunis,

Sur le rapport de notre Premier Ministre,

Avons pris le décret suivant :

ART. I. — Il est créé quatre postes de médecins de co-

lonisation stagiaires, destinés à assurer le recrutement des médecins de colonisation.

ART. II. — Les conditions d'admission et de stage seront déterminées par arrêté de notre Premier Ministre, chargé de l'exécution du présent décret.

Vu pour promulgation, etc...

Signé : Alapetite.

Ce décret est complété par un arrêté daté du 27 janvier 1908, également.

Arrêté du 27 janvier 1908,

Le Premier Ministre,

Vu le décret du 27 janvier 1908, sur les médecins stagiaires de colonisation,

Arrête :

ART. I. — Les candidats au poste de médecin-stagiaire de colonisation, sont tenus de justifier de leur qualité de citoyen français. Ils ne devront pas être âgés de plus de 36 ans. Leur demande doit être adressée au Secrétariat général du Gouvernement tunisien, appuyée des pièces suivantes :

- 1) extrait de l'acte de naissance;
- 2) extrait de casier judiciaire;
- 3) copie des titres universitaires;
- 4) diplôme de docteur en médecine;
- 5) relevé des services antérieurs;
- 6) certificat constatant qu'ils ont satisfait aux obligations militaires;
- 7) relevé des travaux scientifiques;
- 8) certificat médical spécifiant qu'ils peuvent assurer un service actif.

ART. II. — La durée du stage est fixée à 2 ans pendant lesquels les médecins stagiaires recevront une indemnité annuelle de 3.000 francs payable par douzième échu.

ART. III. — Les stagiaires seront tenus :

1) d'assister et de coopérer d'après un règlement établi par le Secrétaire général aux services des établissements hospitaliers français et indigènes et de l'Institut Pasteur de Tunis;

2) de suivre régulièrement des cours d'arabe parlé spécialement institué pour eux.

Deux examens éliminatoires portant exclusivement sur les connaissances d'arabe parlé, auront lieu, l'un à la fin de la première année, l'autre à la fin de la deuxième.

Ce dernier sera en outre un examen de classement.

ART. IV. — Il est formellement interdit aux médecins stagiaires de colonisation d'ouvrir un cabinet de consultation ou de faire de la clientèle. Tout manquement à cette disposition entraînera le licenciement immédiat.

Ils pourront toutefois être chargés par le Secrétariat général du Gouvernement tunisien, d'effectuer des tournées de vaccination gratuite.

Ils assureront en outre les suppléances et remplacements de médecins de colonisation malades ou en congé, sous la réserve que la durée de ces suppléances ou remplacements ne dépassera pas soixante jours par an.

Signé : M'hamed Djellouli.

Ainsi, le corps des médecins de colonisation était enfin constitué, théoriquement. La création des médecins stagiaires était un essai. Un nouveau décret de 1910 venait achever l'œuvre commencée. Le médecin de colonisation devient une réalité.

Décret du 1^{er} janvier 1910,

ART. I. — Il est créé un corps de médecins de colonisation. Les circonscriptions dans lesquelles ces médecins exercent leurs fonctions sont déterminées par arrêté du Secrétaire général du Gouvernement tunisien.

ART. II. — Les médecins de colonisation sont pris, de préférence, parmi les médecins stagiaires de colonisation ayant satisfait aux conditions stipulées à l'art. 3 de l'arrêté du 27 janvier 1908 ou, à leur défaut, parmi les médecins de nationalité française ou tunisienne pourvus d'un diplôme délivré par une Faculté française.

Les médecins chargés d'un service de colonisation en fonctions à la date du présent décret peuvent être titularisés dans leur emploi et nommés médecins de colonisation.

ART. III. — Les médecins de colonisation sont répartis en quatre classes. Le traitement afférent à chacun de ces classes est le suivant :

Première classe	Fr. 5.000
Deuxième classe	4.500
Troisième classe	4.000
Quatrième classe	3.500

ART. IV. — Les avancements de classe sont accordés dans la limite des crédits budgétaires, au choix ou à l'ancienneté.

L'avancement à l'ancienneté peut être accordé aux médecins de colonisation ayant au moins quatre années de service dans la classe immédiatement inférieure.

La durée des services est réduite à trois ans pour l'avancement au choix.

Les médecins qui se sont distingués en cas d'épidémie peuvent obtenir un avancement exceptionnel.

ART. V. — Une indemnité peut être prévue pour certains postes désignés par l'Administration en raison de la pénurie de la clientèle payante. En outre, les médecins peuvent recevoir une indemnité pour frais de tournée en dehors du siège de leur circonscription.

ART. VI. — Le taux de ces indemnités, de même que les frais de déplacement des médecins de colonisation appelés pour un service de l'Administration en dehors de leur résidence, est fixé par arrêté du Secrétaire général du Gouvernement tunisien.

ART. VII. — Dans toute l'étendue de leur circonscription, les médecins de colonisation doivent leurs soins gratuits :

1° à tous les indigents, sans distinction de nationalité;

2° aux agents des différentes administrations résidant dans leur circonscription, dont le traitement ne dépasse pas 3.000 francs, ainsi qu'aux familles de ceux de ces agents dont le traitement ne dépasse pas 1.800 francs. Ils assurent enfin gratuitement le service de l'infirmerie-dispensaire de la localité où ils résident.

ART. VIII. — Le service des médecins de colonisation comprend en outre :

Des tournées périodiques dans les différents centres de la circonscription;

Le service de la vaccination publique;

La visite périodique des écoles publiques et autres visites sanitaires prévues par arrêté du Secrétaire général du Gouvernement tunisien;

Les constatations des décès dans la localité où ils résident. Ces constatations peuvent être faites dans les autres centres de la circonscription à la demande des familles. Elles donneront lieu, dans ce cas, au paiement des

honoraires et indemnités prévus par l'art. 6, pour les visites en dehors de la résidence du médecin.

ART. IX. — Les médecins de colonisation doivent déférer à toutes réquisitions des autorités judiciaires ou administratives pour constatations médicales relatives à des crimes ou délits commis en dehors du territoire de leur circonscription. Ils ont droit dans ce cas aux honoraires et déplacements prévus soit au tarif français, soit au tarif tunisien du 12 septembre 1898.

ART. X. — En cas d'épidémie ils doivent se transporter sans retard dans la localité où celle-ci est signalée, rechercher la nature et les causes du mal et prendre, de concert avec le Contrôleur civil et les autorités municipales, les mesures propres à l'enrayer. Ils tiennent l'Administration générale, qui a la direction du service, au courant de toutes les mesures prises.

ART. XI. — Les médecins de colonisation sont tenus d'adresser au Secrétariat général du Gouvernement des rapports périodiques sur l'état de la santé publique et la marche des différents services dont ils sont chargés.

ART. XII. — Dans les localités où ils n'existent pas de pharmacien diplômé, les médecins de colonisation sont autorisés à vendre des médicaments à leur clientèle payante, par application des dispositions du décret du 15 juin 1888.

En aucun cas, les médicaments fournis par l'Etat pour le service des indigents ne doivent donner lieu à paiement.

ART. XIII. — Les médecins de colonisation font obligatoirement partie de la Société de Prévoyance des Fonctionnaires et employés tunisiens. Leur traitement est soumis aux mêmes retenues que celui des fonctionnaires.

ART. XIV. — Ils peuvent être autorisés à permuter entre eux.

Les congés leur sont accordés par le Secrétaire général du Gouvernement. Pendant la durée des congés, leur service est assuré, à leurs frais, par un remplaçant agréé par le Gouvernement.

Les médecins qui obtiennent un congé après trois ans de Service consécutifs sont remboursés de leurs frais de voyage par mer jusqu'à Marseille, aussi bien à l'aller qu'au retour.

ART. XV. — Les médecins de colonisation qui, pour une raison de santé ou convenances personnelles, demandent à être relevés temporairement de leur service tout en conservant les droits acquis depuis leur nomination peuvent être mis en disponibilité.

Ils sont réintégrés, sur leur demande, au fur et à mesure des vacances qui se produisent; ceux qui ont été mis en disponibilité pour maladies ou infirmités contractées dans l'exercice de leur devoir professionnel sont réintégrés les premiers.

ART. XVI. — Un arrêté du Secrétaire général du Gouvernement tunisien déterminera les détails d'application du présent décret.

ART. XVII. — Notre Premier Ministre est chargé de l'exécution du présent décret.

Vu pour promulgation et mise à exécution;

Tunis, le 1^{er} janvier 1910.

Le Ministre Plénipotentiaire, Résident général
de la République Française,

ALAPETITE

Les postes de médecin de colonisation ont été créés progressivement les uns après les autres.

Cependant, deux ans après la réglementation du statut des médecins de colonisation, en 1912, ils étaient 24.

Le nombre des consultations gratuites montait alors à 67.000.

En 1926, par suite de circonstances nouvelles, le décret de 1910 se trouvait incomplet.

Sur l'initiative du Résident général, L. Saint, paraissait le décret du 6 *décembre* 1926 qui réorganise le statut des médecins de l'assistance gratuite.

Décret du 6 décembre 1926.

ART. I. — Le statut des médecins de l'Assistance médicale gratuite en Tunisie est régi par les dispositions du présent décret.

ART. II. — Les services de l'Assistance médicale gratuite dans les communes sont assurés par les médecins communaux dont les attributions sont réglées par des dispositions spéciales.

ART. III. — Le service médical de colonisation en Tunisie est placé sous l'autorité du Directeur général de l'Intérieur qui fixe ou modifie par voie d'arrêté, suivant les besoins des populations ou les nécessités du service, les circonscriptions à chacune desquelles est attaché un médecin de colonisation.

ART. IV. — Les médecins de colonisation sont recrutés parmi les docteurs en médecine munis d'un diplôme d'Etat délivré par une Faculté française, justifiant :

1) qu'ils sont Français ou Tunisiens, jouissant de tous leurs droits;

2) qu'ils sont âgés de moins de 38 ans. Cette limite d'âge est reculée d'une durée égale à celle des services civils ou

militaires valables pour la retraite, et sans qu'elle puisse excéder 40 ans ;

3) qu'ils ont accompli leur service militaire. L'accès à l'emploi de médecin de colonisation peut, en cas de nécessité être ouvert aux femmes, docteur en médecine, de nationalité française ou tunisienne, réunissant notamment les conditions d'aptitudes physiques visées par l'article 5 § 7 du présent décret.

La préférence est donnée dans l'ordre suivant aux candidats :

a) anciens internes des grands établissements hospitaliers de Tunisie ou des hôpitaux français situés au siège d'une Faculté de médecine;

b) pourvus d'un diplôme ou certificat des Instituts de médecine coloniale;

d) médecins de l'armée de terre ou de mer ayant servi au moins deux ans dans l'Afrique du Nord ou les Colonies;

e) médecins civils qui ayant été mobilisés au cours des hostilités justifieront de deux années de service militaire dans l'Afrique du Nord ou les Colonies;

f) ayant assuré, d'une manière satisfaisante, des remplacements de médecins de colonisation.

Dans tous les cas, les candidats n'ayant pas accompli au moins deux ans d'internat dans les hôpitaux de Tunisie ou dans une ville de Faculté française, ne seront admis qu'à défaut de candidats possédant cette référence.

ART. V. — Les candidats adressent au Directeur général de l'Intérieur, en même temps que leur demande :

1° la copie certifiée conforme de leur diplôme d'Etat de docteur en médecine;

2° la justification de leurs titres ou travaux scientifiques et des services publics qu'ils auraient précédemment rendus;

3° leur acte de naissance;

4° un certificat de bonne vie et mœurs ayant moins de trois mois de date;

5° un extrait de leur casier judiciaire remontant également à moins de trois mois;

6° un état signalétique et des services militaires;

7° un certificat établi par deux médecins assermentés constatant leur aptitude à un service essentiellement actif et l'absence de toute lésion organique et en particulier de toute lésion tuberculeuse;

8° au cas où le candidat aurait été réformé du service militaire, un certificat indiquant le motif de la réforme.

Les candidatures seront agréées par le Directeur général de l'Intérieur, sur avis d'une Commission comprenant :

un haut fonctionnaire de la Direction générale de l'Intérieur, président;

trois fonctionnaires dont un diplômé d'arabe désignés — parmi le personnel supérieur de la même Administration, — par arrêté du Directeur général de l'Intérieur.

Les candidatures prennent rang de la date d'enregistrement des demandes à la Direction générale de l'Intérieur.

STAGE

ART. VI. — Les candidats au poste de médecins de colonisation sont obligatoirement soumis à un stage dont la durée minimum est fixée à deux ans et à l'expiration et au cours duquel ceux qui n'auraient pas témoigné des aptitudes nécessaires peuvent être remerciés sans indemnité spéciale sur avis de la Commission instituée par l'article précédent.

Les stagiaires sont tenus d'assister et de coopérer aux services des établissements hospitaliers français et indigènes et de l'Institut Pasteur de Tunis, qui leur sont désignés.

Sont dispensés du stage les médecins assistants et les internes des hôpitaux de Tunis, comptant au moins deux ans de présence dans ces établissements. En cas d'admission dans le cadre des médecins de colonisation, ces assistants et internes ont droit à un rappel d'ancienneté égal à la période qui excède leurs deux années d'internat ainsi définies. Ces dispositions sont applicables aux internes et assistants actuellement en fonctions. Elles ne comportent aucune effet rétroactif pour les médecins de colonisation déjà titularisés à la date du présent décret.

A partir du 1^{er} janvier 1928, la titularisation des médecins stagiaires et leur promotion au grade de médecins de colonisation de 4^e classe, demeurent, dans tous les cas, subordonnées à l'avis exprimé sur leurs connaissances en langue arabe parlée, par la Commission instituée par l'article 5 ci-dessus. Il sera tenu compte, dans l'attribution des postes, de la possession de diplômes de langue arabe.

Les médecins stagiaires de colonisation devront prendre l'engagement de s'abstenir de toute clientèle. Tout manquement à cet engagement entraînera le licenciement immédiat. Les médecins stagiaires pourront, toutefois, par dérogation à ce principe, être chargés, durant leur stage et sans limitation de durée, de suppléances ou de remplacements dans les postes médicaux ou établissements hospitaliers.

ART. VII. — *Attributions des médecins de colonisation.*

— Les médecins de colonisation sont investis de la double fonction de médecin sanitaire rural et de médecin

d'assistance. Dans toute l'étendue de leur circonscription ils sont chargés :

1° de la surveillance sanitaire et de l'exécution de toutes mesures visant à l'extinction des maladies endémiques ou épidémiques, et tout particulièrement de la variole, du typhus, de la peste, du paludisme, de la syphilis, de la lèpre, de la tuberculose et du trachôme ;

2° des soins gratuits aux malades indigents, sans distinction de nationalité, ainsi qu'au personnel des Administrations classé dans la catégorie des agents auxquels les règlements en vigueur reconnaissent le bénéfice de la gratuité des soins médicaux;

3° de l'inspection médicale des écoles et des établissements pénitentiaires dans les conditions fixées par des instructions spéciales.

Pour l'exécution régulière de sa fonction, le médecin de colonisation est tenu :

a) à des tournées périodiques dans les centres ou fractions de circonscription qui lui sont désignés par la Direction générale de l'Intérieur;

b) à des tournées accidentelles ou missions temporaires, sur réquisition du Contrôleur civil.

Sous le couvert du Contrôleur civil de sa circonscription, le médecin de colonisation doit au Directeur général de l'Intérieur le compte rendu immédiat de tous les faits intéressant la santé publique et, en cas d'épidémie ou de menace d'épidémie, le compte rendu quotidien des faits survenus dans les vingt-quatre heures et des mesures prises par lui ou prescrites par lui et dont il surveille et assure l'exécution.

Le médecin de colonisation est autorisé à exercer son art à titre onéreux auprès de sa clientèle non assistée, dans la mesure où cet exercice n'apporte aucun obsta-

cle à l'exécution de ses obligations administratives ainsi qu'elles sont définies par le présent règlement.

ART. VIII. — Les médecins de colonisation doivent déférer à toutes réquisitions des autorités judiciaires ou administratives pour constatations médicales relatives à des crimes ou délits commis dans un ou en dehors du territoire de leur circonscription. Ils ont droit dans ce cas, aux honoraires et aux frais de déplacement prévus au tarif français, ou au tarif tunisien en vigueur.

ART. IX. — Dans les localités où il n'existe pas de pharmacien, les médecins de colonisation sont autorisés à vendre des médicaments à leur clientèle payante, par application des dispositions réglementant l'exercice de la pharmacie en Tunisie.

Lorsque le médecin est requis ou chargé de fournir sur son propre fonds de pharmacie, aux indigents de sa circonscription des médicaments ou des objets de pansements, chacun de ces fournitures est constatée sur un état détaché d'un registre à souche donnant le détail de la fourniture, le nom du bénéficiaire et son domicile. Celle-ci est décomptée en vue du remboursement par la collectivité intéressée sur la base du tarif du Syndicat des Pharmaciens de la Seine pour les Sociétés de Secours mutuels.

En aucun cas, le médecin de colonisation ne devra percevoir d'honoraires des malades auxquels il aura dispensé des médicaments ou des fournitures puisés dans les provisions des services d'assistance ou d'hygiène ou remboursables par les budgets des collectivités.

Cette disposition s'étend au service de prophylaxie (vaccination, visites sanitaires, distributions et injections antipaludiques ou antisyphilitiques, etc...) qui ne peuvent donner lieu à aucune perception.

ART. X. — Les médecins de colonisation relèvent pour la partie de leurs attributions définies par les dispositions des articles 7, 8 et 9, Titre II du contrôle direct du Contrôleur civil qui vérifie l'exécution du service et transmet à l'autorité centrale, après les avoir revêtus de son visa, les rapports ainsi que les mémoires des frais ou indemnités dues aux médecins à l'occasion de leurs déplacements et tournées.

Service des Infirmeries-Dispensaires de l'Intérieur

ART. XI. — Les médecins de colonisation peuvent être chargés, avec le titre de médecin-chef, d'assurer gratuitement le service médical de l'Infirmerie-dispensaire d'Etat de la localité où ils résident.

Ils peuvent également dans les infirmeries-dispensaires dont le budget annuel ne dépasse pas 100.000 francs, être chargés des fonctions d'administrateur délégué de cet établissement, par délibération de la Commission administrative dûment approuvée par le Directeur général de l'Intérieur.

Dans les deux cas, les médecins de colonisation font partie de la Commission administrative de l'Infirmerie-dispensaire *avec voie délibérative*; ils se conforment au règlement intérieur de l'Etablissement et aux délibérations dûment approuvées de cette Commission.

Traitements et Indemnités

ART. XII. — Les avantages reconnus aux médecins de colonisation se composent :

- a) d'un traitement fixe à la charge de l'Etat;
- b) d'indemnités diverses dont il sera question ci-dessous.

ART. XIII. — Les médecins de colonisation sont répartis en six classes, savoir :

Hors classe, premier échelon;

Hors classe, deuxième échelon;

Première classe;

Deuxième classe;

Troisième classe ;

Quatrième classe, et stage.

Les traitements correspondant à ces classes font l'objet d'un règlement spécial.

Les médecins de colonisation français bénéficient de la majoration tunisienne du tiers.

Ils sont régis au point de vue des conditions d'avancement par les dispositions applicables aux agents de l'Etat. En aucun cas, la promotion à la hors classe premier échelon ne peut avoir lieu sans justification de 15 ans de services effectifs dans le service médical de colonisation.

Les avancements de classe ont lieu d'après un tableau général d'avancement arrêté, chaque année, par le Directeur général de l'Intérieur, sur avis de la Commission centrale instituée par l'article 5 du présent décret. Cette Commission sera consultée sur l'attribution des postes.

ART. XIV. — Les tournées périodiques donnent lieu à paiement sur production, par l'intéressé, d'un mémoire mensuel, d'une indemnité kilométrique décomptée suivant un tarif fixé par arrêté du Directeur général de l'Intérieur.

Les tournées accidentelles donnent droit, en sus de cette indemnité kilométrique, à une indemnité journalière dont le montant est également déterminé par arrêté du Directeur général de l'Intérieur.

L'établissement du rapport fourni à cette occasion ne donne droit à aucune rétribution supplémentaire.

ART. XV. — Les transports avec carte ou permis de circulation ne donne pas lieu au remboursement de l'indemnité kilométrique. Les transports avec réduction de tarifs ne peuvent donner droit qu'au remboursement de la somme déboursée.

Ne peuvent donner droit aux indemnités fixées par l'article précédent, en dehors des tournées périodiques, que les déplacements ou missions effectués dans un but d'intérêt général et préalablement autorisés ou requis par l'Administration.

ART. XVI. — *Déplacements et congés.* — En cas de changement de résidence, les médecins de colonisation déplacés dans l'intérêt du service ont droit aux remboursements et indemnités prévus par les règlements applicables aux fonctionnaires de l'Etat.

Les congés sont accordés par le Directeur général de l'Intérieur. Les médecins de colonisation qui bénéficient de congé normal reçoivent, à titre de participation aux frais d'interim, une indemnité mensuelle dont le montant équivaldra au douzième du traitement moyen.

Ils sont tenus de faire assurer leur remplacement, leurs frais, durant leur absence, soit par un médecin, soit par un interne ou un étudiant en médecine pourvu de vingt inscriptions.

Le remplaçant doit être agréé par le Directeur général de l'Intérieur. Il doit souscrire l'engagement d'assurer l'intégralité du service pendant toute la durée de l'absence de son confrère. Cet engagement, lorsqu'il s'agit d'un médecin militaire ou d'un médecin fonctionnaire doit être visé par l'autorité dont il relève.

Les médecins de colonisation qui obtiennent un congé après deux ans de service consécutifs sont remboursés de leurs frais de voyage, en première classe.

Mesures Disciplinaires

ART. XVII. — Tout médecin de colonisation dont la manière de servir laisserait à désirer sera invité à présenter ses explications par écrit. Sa comparution devant un conseil de discipline peut être décidée par le Directeur général de l'Intérieur sur l'avis de la Commission Centrale instituée par l'article 5 ci-dessus.

Les règles de procédure et les sanctions prévues par le statut du personnel de la Direction générale de l'Intérieur sont applicables aux médecins de colonisation, sous cette réserve que le Conseil de discipline peut proposer le déplacement sans indemnité du médecin, s'il juge cette mesure suffisante.

Sans attendre l'avis du Conseil de discipline, le Directeur général de l'Intérieur peut, lorsque les circonstances l'exigent, suspendre de ses fonctions, jusqu'à la décision définitive, le médecin déféré au Conseil.

Aucune réintégration dans les cadres ne peut être prononcée qu'après l'avis du Conseil de discipline si l'exclusion a lieu par mesure disciplinaire.

Dispositions d'Ordre Général

ART XVIII. — Les médecins de colonisation font obligatoirement partie de la Société de Prévoyance des fonctionnaires et employés tunisiens.

Ils sont tenus de résider dans le chef-lieu de leur circonscription, à moins que l'Administration ne leur assigne une autre résidence, dans l'intérêt du service.

ART. XIX. — Les médecins de colonisation adressent à la Direction Générale de l'Intérieur, par l'intermédiaire du Contrôle Civil, tous documents relatifs à l'exercice de leurs fonctions et notamment à la fin de chaque trimestre :

1° Une statistique sur le fonctionnement du service médical de l'infirmierie-dispensaire, des dispensaires et salles de consultation dont ils sont chargés;

2° Un rapport comportant les observations générales faites sur la salubrité, l'hygiène, la qualité des eaux dans les diverses localités et sur tous les faits de nature à intéresser la santé publique; les remarques scientifiques que leur a suggérées l'état de la circonscription au point de vue médical.

ART. XX — Ils peuvent être chargés, dans les localités où ils résident, des fonctions de médecin municipal. L'arrêté ministériel qui les investit de ces fonctions, leur assure le bénéfice de l'indemnité prévue à ce titre au budget de la commune.

ART. XXI — Les médecins de colonisation ont droit au logement. Dans les localités où le logement ne peut leur être assuré dans un bâtiment de l'Etat, ils bénéficient d'une indemnité représentative de loyer, sans que cet avantage puisse excéder le quart du traitement moyen. Cette disposition est applicable à dater du premier janvier 1927.

ART. XXII — Les médecins de colonisation qui, pour raisons de santé ou convenances personnelles, demandent à être relevés temporairement de leur service tout en conservant les droits acquis depuis leur nomination, peuvent être mis en disponibilité.

Ils sont réintégrés, sur leur demande, au fur et à mesure des vacances qui se produisent; ceux qui ont été mis en disponibilité pour maladies ou infirmités contractées dans l'exercice de leur devoir professionnel sont réintégrés les premiers.

CENTRES D'ASSISTANCE MÉDICALE ET HOSPITALIÈRE

EN TUNISIE



LE GLOSSAIRE

HOPITAUX	Civile	MEDECINS DE COLONISATION
	Militaires	MEDECINS MILITAIRES charges
	Mixtes	du service médical de la
INFIRMERIES-DISPENSAIRES	Civils	population civile
	Militaires	
LABORATOIRES		LIMITES ADMINISTRATIVES
DISPENSAIRES DE CONSULTATIONS	Testeur	CONTROLE CIVIL
		CAIDAT

Ajoutons qu'un règlement a fixé le traitement des médecins de colonisation :

Hors classe — Premier échelon.....	Fr. 29.000
Hors classe — Deuxième échelon	26.000
Première classe	23.500
Deuxième classe	21.000
Troisième classe	18.500
Quatrième classe est stage	16.000

Les médecins français bénéficient de la majoration tunisienne du tiers.

Le nombre des circonscriptions médicales pourvues actuellement d'un médecin de colonisation est de quarante.

SECTEURS MÉDICAUX

Première Région. — Hôpital ou infirmerie dispensaire :

1) Mateur. — Tournée périodique : Sedjenane; Périodicité : H.

2) Bizerte (médecin contractuel). — Bechateur : BH; Ksar el Ahmar : BH; Menzel Abderrahman H; Menzel Djemil : H.

3) Porto-Farina. — Ras Djebel : H.; Metline H.; Raf-Raf : H.; El Alia : H.; Utique : H.; de Carnières : H.

4) Ferryville (médecin faisant fonction).

5) Tabarca. — Djebel Abiod : H.

6) Aïn-Draham (médecin faisant fonction). — Fériana : H.

7) Souk el Arba.

8) Souk el Khemis. — Sidi Smaïl : H.

9) Ghardimaou. — Oued Meliz : H.

10) Béja. — Mouchar, Zaouiet Medien : BH.

Deuxième Région. — 11) Tunis (banlieue Nord). — La Manouba : H.; Sidi Bou Saïd : H.; La Mornaghia : H.; Attar : H.; Ain el Asker : H.; Sidi Tabet Kalaat el Andelenss : BH.; St Cyprien : H.

12) Tunis (banlieue Sud). — Cébala du Mornag, Khlédia : H.

13) Grombalia. — Menzel bou Zelfa : BM.; Soliman : H.; Bir Meroua : BM.; Fondouk Djedid : H.

14) Nabeul. — Hammamet : H.; Korba : M.; Hammara Djedidi : BM.

15) Menzel Temime. — Kelibia, Skalba : H.; El Houaria, Kourchine : M.

16) Tebourba. — Massicault, Chaouat Djedeida : H.

17) Zaghouan. — Pont du Fahs : H.; Guindja-Bir-M'Cherga : BM.; Zriba Djeraddou : M.; Pénitencier du Djouggar : H.

Troisième Région. — 18) Le Kef-ville (Ch^{le}).

19) Le Kef-banlieue (Med.). — Sakkiet Sidi Youssef : H.; Tadjerouine : H.; Le Sers : BH. (à partir d'avril 1931).

20) TébourSouk. — Thibar : BM.; Le Krib : H.

21) Gaffour. — Siliana : N.; Robaa (à partir d'avril 1931) : H.; Sidi Hamada : M.; Le Bargou : M.

22) Medjez el Bab. — Oued Zargua, Testour, Le Goubellat : H.

23) Bou Arada. — El Aroussa : H.

24) Maktar. — La Kesra : BM.

25) Ebba-Ksour. — Kalaat-es-Senam, Rohia : H.

Quatrième Région. — 26) Thala. — Haidra : M.; Djebel Legred : BM.; Kalaa Djerda : H.

27) Sbeitla. — Sbiba, Feriana, Kasserine : BM.

28) Kairouan-ville.

29) Kairouan-banlieue. — Hadjeb el Aioun, Pichon, Si-Ali-ben-Nasr-Allah, Sbikha, Ousseitia : H.

30) Enfidaville. — Bou Fichta-Reyville : M.; Sidi bou Ali : M.; Hergla : M.; Saouaf : BM.

31) Sousse. — Kalaa Kebira : H.; Ouardenine : H.

32) Monastir. — Mesdour : H.; Djemmal : BH.; Khnis : H.

33) Mahdia. — Ksour es Saf, Tebourba, La Cheffa, El Djem : H.

34) Smala des Souassi. — Chorbane : H.

Cinquième Région. — 35) Tozeur. — Nefta : BH.; Degache : H.; Kris, el Ordiane, Cedada : BM.; Tamerza, Chebika, Médès : M.; El Hamma : BM.

36) Sfax (ville).

37) Sfax (banlieue). — Bir Ali b. Khalifat : BM.; Djebe-niana : H.; El Agureb : BM.; Mahares : BM.; Skira : BM.; La Heucha : H.; Triaga, Mezzouna, Bou Thadi, La Fouconnerie : BM.

38) Gafsa. — El Guettar : H.

39) Mehéri-Zebbeus (le médecin de la mine est chargé du service d'assistance publique). — Maknassy : Tri-H.; Sened : H.; Mezzouna : H.

40) Sidi Bou Zid. — Le Fayo : H.; Sedaghia : H.; Zaafria : H.; Regueb : BM.; Bir el Hafey : BM.

41) Djerba. — Adjim : H.; Cedonikeche : H.; Midoun : H.; El-May : H.; Hara-Sghira : BM.; Hara-Kebira : BH.

42) Gabès. — El-Hamma : H.; Mareth : BM.; Metouiha : H.; Oudref H.

Tatahouine (Territoires Militaires). — Ghomrassen : BM.

Tournées périodiques. — Les médecins de colonisation sont tenus d'effectuer des tournées périodiques dans les centres les plus importants (marchés écoles).

Cent vingt-deux localités sont actuellement visitées régulièrement par les médecins de colonisation.

Dans la plupart, un local (Dispensaire ou Salle de Consultations) est aménagé par le Service médical. Il se compose en général d'une salle de visites et d'une salle de pansements, avec dépôt de médicaments.

Le nombre des dispensaires ouverts au public en janvier 1931 est de 75.

Quelques uns de ces dispensaires sont très heureusement installés. Mais faute des crédits importants qu'il aurait fallu engager, pour construire un petit établissement convenable dans les 122 localités où se donnent les consultations foraines, l'Administration a dû se contenter la plupart du temps de locaux parfois misérables.

Dans la plupart des centres de l'intérieur, les médecins de colonisation sont en même temps médecins communaux. Le cumul des fonctions est pour ainsi dire obligatoire. Cela paraît assez normal pour les petits centres — et c'est la majorité. Mais dans certaines villes importantes, Kairouan, Béja, le médecin de colonisation ne peut suffire à sa clientèle urbaine, au service de son hôpital, et à ses obligations rurales.

C'est qu'en effet le médecin de colonisation a, nous venons de le voir (art. 7 du Décret de 1926) une double fonction. Il est médecin d'Assistance et médecin sanitaire rural. Il doit donc s'occuper non seulement de soigner les indigents, mais il doit encore veiller à la salubrité de sa circonscription. Il est le délégué des Services d'Hygiène publique, et la surveillance des épidémies est son principal souci. Il est également le représentant de l'Office d'Hygiène sociale. A ce titre il doit organiser la lutte contre les fléaux sociaux. Si la lutte contre la syphilis lui est relativement aisée parce que les malades viennent d'eux-mêmes au dispensaire, il n'en est pas ainsi pour la tuberculose.

La lutte contre le paludisme s'il réside dans un secteur très impaludé, et s'il veut s'en donner la peine, occupera tous ses instants.

Quant à la lutte antitrachomateuse, il vaut mieux ne pas en parler.

Ajoutons encore le travail purement « bureaucratique » que l'administration demande de lui; on comprend que les médecins de colonisation n'aient que peu de loisirs.

D'autres avant nous ont insisté sur la beauté du rôle du médecin de colonisation. Ceux du Maroc, ceux d'Algérie ont trouvé depuis longtemps des voix enthousiastes pour mettre en lumière leur dévouement, leur courage, leur endurance, leur modestie.

Nul aujourd'hui ne conteste l'utilité du médecin de colonisation dans l'œuvre d'assimilation et de rapprochement des races.

Les médecins de colonisation de Tunisie ne sont pas inférieurs à leurs collègues des pays voisins. Nous ne voulons en donner pour preuve que la liste, sans doute incomplète, de ceux qui sont tombés victimes de leur devoir, et dont la moitié ne sont pas relevés.

Liste des médecins d'assistance ayant contracté le Typhus en Tunisie :

Plancke	}	ont survécu
Conseil		
Durand		
Fraudet		
Reynal		
Gobert		

Motheau	}	sont morts
Gallini		
Chabert des Nots		
Boricaud		
Massal		
Bastide		

L'ASSISTANCE MÉDICALE DANS LES TERRITOIRES DU SUD

Les Territoires du Sud, cette vaste région assez bien délimitée par un parallèle passant légèrement au Sud de Gabès et de Tozeur est entièrement administrée par l'Armée. L'assistance médicale, les services d'hygiène y sont entièrement assurés par des médecins militaires. Rendons grâce à ces officiers dévoués, qui ne craignent pas, pour se faire mieux connaître des indigènes, pour attirer leur confiance et leur faire apprécier la nation protectrice, de rester de longues années dans ces régions insalubres. Nous en connaissons qui n'ont pas quitté leur poste depuis 10 ans, et se refusent à demander tout changement. Il existe dans les Territoires trois infirmeries-hôpitaux qui fonctionnent dans les villes de garnison de Tataouine, Ben Gardane, Medenine. Ces infirmeries sont réservées à la population militaire.

A la population civile sont réservées d'autres infirmeries, bâties d'ailleurs sur le même modèle que les précédentes auxquelles l'administration donne le nom *d'infirmeries-indigènes*.

Ces infirmeries ont été créées en 1903 par le Directeur du Service de Santé des Troupes de Tunisie, le Médecin principal Malinas, qui avait été frappé de l'absence absolue de toute assistance médicale dans ces territoires.

Les centres pourvus d'une infirmerie indigène sont Tatahouine, Ben Gardane, Zarzis, Médenine, Matmata, Kébili. Dans les villes de garnison le même médecin militaire assure en même temps le service de l'infirmerie indigène et celui de l'infirmerie hôpital.

Dans les centres dépourvus de troupes (Kébili, Matmata) le service médical est assuré par un médecin militaire détaché, assisté d'infirmiers civils et muni de pro-

duits pharmaceutiques dont l'approvisionnement ne dépend que de la Direction de l'Assistance publique.

« Dès leur arrivée dans ces territoires, après l'occupation, dit le Médecin Colonel Sandras, les médecins militaires ont été appelés à donner leurs soins aux tribus sédentaires qui y résidaient, aux tribus nomades qui les parcouraient.

Les maladies contagieuses, en particulier la variole et le typhus, frappaient un grand nombre d'individus, mais il fallut un laps de temps assez long pour que nos camarades, grâce à leur dévouement, à leur patience, à leur action si bienfaisante en temps d'épidémie, à leurs succès chirurgicaux arrivassent à capter la confiance des tribus rebelles à notre thérapeutique.

Les résultats ont été plus ou moins brillants suivant les tribus.

Chez les *Acaras* (Zarzis) sédentaires, agriculteurs, commerçants, le médecin n'a pas eu trop de difficultés à attirer les indigènes à la consultation quotidienne du dispensaire, et à pénétrer dans le milieu familial; par contre, chez les *Touazines* (Ben-Gardane) voisins des précédents, nomades, turbulents, à peine fixés autour du centre créé, le médecin a rencontré de nombreux obstacles à vaincre; pour mener à bien la tâche que son devoir lui imposait. Les tribus berbères des montagnes de Tatahouine (Ghemessa, Douinet, Chenini, Ghoumrassen) et celles de Matmata, ont été longtemps réfractaires aux méthodes du «toubib»; récemment encore, en période d'épidémie, il lui fallait se faire appuyer par l'autorité du Service des Affaires indigènes pour remplir son rôle : les femmes ne lui étaient présentées que dans le cas de nécessité absolue, ou sous la menace de sanctions sévères ».

Les infirmeries, d'abord installées dans des habitations ordinaires avec des moyens de fortune, ont été aména-

gées progressivement. Actuellement, ce sont de petits hôpitaux, avec salles de malades, salles de pansements, pharmacie, salles d'opérations, salles de consultations, et possèdent un arsenal chirurgical suffisant. Depuis 1903, le chiffre total des consultations est passé de 5.461 à 33.058 en 1929.

Voici d'ailleurs quelques chiffres :

Années	MÉDENINE	ZARZIS	Ben-Gardane	Tatahouine	MATMATA	KÉBILI
1903	1.500	400	639	457	305	2.100
1906	1.700	463	1.810	805	300	2.800
1909	3.100	820	2.514	1.200	926	3.892
1912	3.800	1.020	2.298	1.400	1.359	4.596
1915	5.487	1.305	1.897	2.100	1.930	4.832
1918	5.960	1.500	1.600	2.350	2.334	7.479
1921	6.300	1.720	1.815	4.200	1.590	8.999
1924	7.200	2.200	1.920	4.910	1.035	9.260
1927	8.150	2.560	2.100	4.200	1.660	12.522
1929	8.700	3.000	2.400	5.814	1.950	11.194

Parmi les attributions du médecin militaire dans les Territoires, entrent les vaccinations — vaccinations anti-varioliqnes annuelles, vaccinations antipesteuses au cours des épidémies de peste malheureusement assez fréquentes. Pour ces dernières années ont été faites :

A Médenine (1923) 9.990 vaccinations antipesteuses.

A Zarzis (1921-1926) 6.000 vaccinations antipesteuses.

A Ben-Gardane (1920-1923-1928) 14.000 vaccinations antipesteuses.

Comme vaccinations jennériennes : en 1903 : 3.073
en 1929 : 57.374

D'ailleurs les médecins militaires ont fort à faire pour lutter contre les épidémies.

1903	50 cas de variole à Médenine
10	— à Tatahouine.
40	— à Ben Gardane
1906	65 — à Tatahouine
7	— à Matmata.

1909 :

20 cas de variole plus 6 cas de typhus à Médenine;
1 cas de variole à Zarzis;
10 cas de typhus à Matmata.

1912:

4 cas de typhus à Médenine;
4 cas de variole à Zarzis;
3 cas de variole à Tatahouine;
12 cas de variole plus 120 cas de typhus à Matmata;
15 cas de variole à Kébili.

1915 :

200 cas de typhus à Tatahouine;
15 cas de typhus à Matmata.

1918 :

2 cas de variole à Médenine;
1 cas de typhus à Zarzis;
45 cas de typhus à Tatahouine;
43 cas de typhus à Matmata;
62 cas de typhus à Kébili.

1920 :

26 cas de peste à Médenine;
20 cas de peste à Zarzis;
20 cas de peste à Ben-Gardane.

1923 :

51 cas de variole à Zarzis;
30 cas de peste à Ben Gardane;
2 cas de variole à Tatahouine;

5 cas de variole à Matmata;

1 cas de typhus à Kebili.

1926 :

2 cas de peste à Zarzis;

4 cas de typhus à Tatahouine;

24 cas de variole à Kebili.

1929 :

8 cas de peste à Ben-Gardane;

1 cas de peste à Tatahouine.

« *Gouttes de lait* » — Depuis quelques années les médecins militaires prêtent leur concours à l'œuvre des « *Gouttes de lait* ». Cette œuvre a pour but de lutter contre la mortalité infantile en distribuant du lait stérilisé, des vêtements, en montrant aux mères comment on doit élever la progéniture, en leur indiquant les règles de l'hygiène élémentaire. Les médecins ont établi à côté de l'œuvre une consultation de nourrissons. Actuellement une moyenne de 250 enfants sont en surveillance.

Le Service de Santé Militaire

Les troupes d'occupation de la Tunisie ont un service militaire parfaitement organisé. Bien qu'elles soient très dispersées au point que l'on voit parfois un bataillon réparti entre trois ou quatre garnisons (nous pouvons donner comme exemple le 4^e Bataillon du 4^e R.T.T. qui occupe Bir bou Rekba, Hammamet, Bou-Ficha et Zaghouan) le service de santé est partout assuré d'une manière impeccable.

Les formations sanitaires sont constituées par des infirmeries (infirmerie régimentaire, comme au 4^e Régiment de Zouaves ou au 4^e Régiment de Chasseurs d'Afrique) des infirmeries hôpitaux et des hôpitaux.

Les infirmeries dont le nombre de lits est très variable peuvent hospitaliser les malades, mais ces malades con-

tinuent à être nourris par leur corps. Les hôpitaux au contraire nourrissent les malades qu'ils abritent, et se font rembourser par les corps de troupe.

Enfin les infirmeries-hôpitaux comprennent toutes une section infirmerie où sont admis les malades dont l'état général peu grave, ne nécessite pas de régime spécial — et une section hôpital où sont admis les soldats gravement atteints. C'est ainsi que pour la joie des bureaucrates, un soldat peut successivement être évacué de la section infirmerie à la section hôpital, sans qu'il soit pour cela nécessaire de le changer de place.

Dans tous les endroits où il y a au moins une compagnie est installée une infirmerie. Là où il y a au moins un bataillon existe une infirmerie-hôpital. Dans les grands centres enfin fonctionnent des hôpitaux.

La Tunisie possède dix infirmeries-hôpitaux :

1) Aïn-Draham (1881) : 35 lits. — Le 8 mars 1927 le Médecin-Chef Capitaine Biessy est mort des suites d'un typhus contracté en soignant des civils indigènes.

2) Le Kef (1908) : 45 lits. — L'infirmerie-hôpital du Kef a succédé en 1908 à l'hôpital annexe créé en 1881.

3) Tebourssouk (1902) : 39 lits. — A été créée en même temps que le Pénitencier mixte.

4) La Goulette (1896) : 45 lits.

5) Camp Servièrè (1899) : 50 lits.

6) Kairouan (1884) : 43 lits.

7) Gafsa. — A été successivement une infirmerie de camp (1882) puis infirmerie de garnison (1911) enfin infirmerie-hôpital (1920) actuellement 50 lits.

8) Tatahouine (1888) : 29 lits. — C'est la plus méridionale.

9) Médenine. — Infirmerie régimentaire en 1891, puis infirmerie de garnison, elle est devenue infirmerie-hôpital en 1901 : 39 lits.

10) Ben-Gardane. — A remplacé en 1919 l'hôpital temporaire n° 5. Sa construction est d'un type spécial. Série de ghorfas accolées les unes aux autres, et séparées soit par des arcades soit par des murs, suivant que la salle occupe une ou plusieurs ghorfas : 30 lits.

Les hôpitaux. — Sont au nombre de cinq :

Tunis, Bizerte, Sousse, Sfax et Gabès. Il faut y ajouter d'ailleurs l'hôpital militaire de Sidi-Abdallah.

A Tunis, l'hôpital militaire du Belvédère, construit en 1886, au moment où l'hôpital militaire du Kram, bien que doté de 400 lits, bien qu'édifié sur une plage où les vents du large tempèrent agréablement les chaleurs torrides de l'été, paraissait d'une utilisation médiocre surtout à cause de son éloignement de Tunis. Le nouvel hôpital fut édifié sur une colline, à 1200 mètres au Nord de l'enceinte de la ville, sur un terrain planté d'oliviers, et très irrégulièrement cultivé. L'hôpital du Belvédère s'est accru progressivement. Alors qu'au début il n'offrait que 60 lits, il est doté actuellement de deux salles d'opération, d'un service d'électro-radiologie, de laboratoires de bactériologie et de chimie, d'un cabinet de stomatologie, d'un service de dermovénéréologie, et peut hospitaliser 400 malades ou blessés.

C'est le seul hôpital militaire de Tunisie qui n'admette pas les malades civils.

A Bizerte, l'hôpital militaire au contraire qui peut recevoir 250 malades de l'armée, met à la disposition du Protectorat des pavillons uniquement réservés aux malades ou blessés civils des deux sexes (1899). C'est en somme un hospice mixte inversé.

Sousse est dotée depuis 1884 d'un hôpital de 100 lits.

De même à Sfax fonctionne l'hôpital qui a fait suite à l'hôpital temporaire installé en 1883 dans deux maisons particulières.

Il est doté actuellement de 60 lits.

A *Gabès*, l'hôpital militaire, installé en 1882 dans des baraquements de bois, s'est perfectionné peu à peu. Les baraques militaires ont fait place à de coquets pavillons de maçonnerie dont la capacité hospitalière est de 130 lits.

A *Sidi Abdallah* enfin existe l'hôpital du Service de Santé de la Marine. Le Docteur Hamet, médecin-chef actuel a bien voulu nous donner quelques renseignements sur son histoire. Nous l'en remercions profondément.

Les malades de la Division navale de Tunisie étaient primitivement soignés à l'Hôpital militaire de Bizerte, mais cet hôpital, devenant insuffisant par suite de l'augmentation croissante des effectifs de la garnison, l'Hôpital de *Sidi Abdallah* dont la construction était commencée depuis 1892, fut ouvert le 21 août 1895 pour assurer les soins du personnel de la Marine en Tunisie.

Construit sur les plans de l'Hôpital français de Tunis, il est situé sur les pentes de la colline de *Sidi-Yaya*, qui descend vers l'Arsenal. Composé au début d'un grand bâtiment central à deux étages relié à deux pavillons par une galerie couverte, il pouvait recevoir 75 malades. Un médecin et un pharmacien en assuraient le service. Par la suite il fut successivement agrandi de 4 pavillons, dont deux sont réservés aux contagieux, et d'une caserne pour les infirmiers.

Pendant la guerre, l'Hôpital Maritime dut faire face à une augmentation considérable d'effectifs. Agrandi des hôpitaux temporaires n° 1 et n° 2 il permit de recevoir 3700 malades ou blessés répartis entre :

Hôpital permanent : 1000 lits;

Hôpital temporaire n° 1 : 1800 lits;

Hôpital temporaire n° 2 : 900 lits.

Il permit de réaliser sous l'active direction du Médecin-Chef de 1^{re} classe *Barthelemy*, la défense sanitaire de la

Tunisie contre le Typhus exanthématique importé par l'Armée Serbe.

Il offre actuellement un effectif de 400 lits dont 22 pour officiers.

Le personnel comprend 3 officiers et 97 infirmiers.

Il permet d'hospitaliser non seulement les marins mais aussi un grand nombre de civils. C'est ainsi qu'en 1930 le total des malades a été de 2878 dont 639 appartenaient à la population civile.

A l'heure actuelle, le Service de Santé dans ses hôpitaux militaires offre une disponibilité minima de 1600 places environ pour une population militaire d'environ 10.000 hommes.

Pendant la guerre 1914-1918, les hôpitaux militaires de Tunisie ont fonctionné comme hôpitaux d'évacuation du front de France et de l'Armée d'Orient.

L'Hôpital du Belvédère a reçu du 1^{er} Novembre 1914 au 1^{er} Novembre 1918 17092 évacués. De même d'Août 1916 à l'armistice, le total des évacués sur les hôpitaux de Tunisie a été de 34.000.

Lors des opérations de 1925-1926 au Maroc, les hôpitaux militaires de Tunisie servirent à nouveau d'hôpitaux d'évacuation, et l'hôpital du Belvédère reçut pour lui seul du 30 juillet 1925 au 30 Novembre 1926, 437 malades ou blessés.

Tous les hôpitaux militaires, à l'exception de celui de Tunis, toutes les infirmeries hôpitaux (à l'exception de celles des Territoires du Sud) reçoivent et soignent les malades ou blessés civils — européens ou indigènes — français ou étrangers.

De 1919 à 1930, 9.634 personnes étrangères à l'Armée ont été ainsi hospitalisées. La plupart étaient des indigènes tunisiens :

1919 : 1 158

1920 : 1 405
 1921 : 984
 1922 : 963
 1923 : 921
 1924 : 1 030
 1926 : 1 074
 1927 : 991
 1928 : 732
 1929 : 372.

Voici pour 1930 quel a été le résultat des hospitalisations de civils dans les hôpitaux militaires de Bizerte et de Sidi-Abdallah :

Hopitaux de	Nombre de jours	Montant des dépenses	Montant des recettes	Dépenses imputables au budget de l'Etat des Régions ou des Communes
Bizerte.....	5.989	121.937.65	29.873.05	92.062.60
Sidi-Abdallah.....	8.029	200.760.00	46.450.00	154.310.00

Les infirmeries-dispensaires. — Les médecins de colonisation sont pourvus dans le centre où ils sont astreints à résider, soit d'un simple dispensaire, soit d'une organisation hospitalière plus ou moins perfectionnée suivant les endroits et qui portent le nom d'infirmerie-dispensaire. De plus, dans la plupart des localités où se font des tournées médicales régulières, ont été installés de petits dispensaires où le médecin fait des consultations, où réside une personne faisant office d'infirmier, et où l'on peut trouver des médicaments d'usage courant et des objets de pansement pour les urgences. Les dispensaires des centres de colonisation sont en général un peu mieux

montés, mais comme ce ne sont que des locaux de consultation, ils sont plus ou moins exigus. La pharmacie y est cependant assez bien pourvue. Il ne faut pas oublier en effet que dans les centres de colonisation de moyenne importance, le médecin de colonisation est propharmacien. La vente des médicaments y est toujours très active.

Dans les centres importants enfin existent les infirmières-dispensaires. Ce sont de petits hôpitaux de capacité variable allant de six à quarante lits; ils jouent un rôle très important dans la décentralisation médicale; ils décongestionnent d'autant les hôpitaux de Tunis toujours au complet; ils épargnent des frais de transport pour les malades de moyenne gravité qui peuvent ainsi être traités à bien meilleur compte et cependant dans un hôpital. N'oublions pas également que la journée d'hospitalisation est bien moins chère dans une infirmerie-dispensaire qu'à Tunis.

Le premier établissement de ce genre fut installé à Nabeul — bien avant la création des médecins de colonisation — par le Dr Brunswic, le génial organisateur de l'Hôpital Sadiki.

Ce petit hôpital, le modèle du genre fut créé en 1900. Il resta d'ailleurs longtemps le seul exemplaire en Tunisie. Mais il servit de modèle à ceux qui furent construits en Algérie à partir de 1902. Le docteur Gomma, dans sa thèse, raconte comment le docteur Brunswic loua trois maisons arabes mitoyennes, y fit percer quelques ouvertures supplémentaires et obtint ainsi à peu de frais six chambres de malades comprenant en tout 20 lits, lits sommaires, luxueux cependant pour des arabes, et dont le coût ne dépassait pas 20 fr. Une des trois maisons séparée des autres servait pour les femmes. Les consultations, données dans un local spécial, étaient suivies d'une distribution de médicaments, et servaient de recrutement des malades à opérer. Une salle d'opération fort

proprement installée, et un matériel chirurgical suffisant permettaient toutes les interventions. Laparotomies, cures radicales des hernies, amputations, trépanations, arthrotomies, cataractes, palatoplasties, il n'était pas une intervention que le docteur Brunswic ne fit si l'occasion se présentait. Et nous en avons une statistique impressionnante.

Les malades hospitalisés étaient accompagnés de leurs parents ou amis qui aidaient ainsi à exécuter les soins prescrits.

Le régime alimentaire était très simple, composé de plats indigènes, et préparé par des indigènes, à l'extérieur, aux frais des malades. Hospitalisation, pansements, médicaments, tout était gratuit — mais les malades qui n'étaient pas absolument indigents étaient tenus de payer une petite somme qui augmentait les ressources de l'hôpital. Les dépenses qui s'élevaient à près de 4.000 fr. étaient couvertes de la façon suivante :

Assistance publique : 800

Gouvernement tunisien : 1000

Municipalité de Nabeul : 1000

Habous : 2000

soit 4.800 fr. par an.

Ce petit hôpital était vraiment un établissement luxueux pour le Bled et pour l'époque. En effet, hors de Tunis il n'existait en 1900, à part les hôpitaux militaires de Sousse, Gabès, Kairouan, Gafsa, le Kef, Aïn-Draham et Tatahouine, que ces deux petites formations hospitalières nommées « Maristane », l'une à Sousse, l'autre à Sfax. Le petit hôpital de Sfax qui appartenait primitivement aux Habous était depuis 1886 administré par la Municipalité — mais c'était un simple dispensaire pourvu seulement d'une quinzaine de lits et très sommairement aménagé.

Quant au maristane de Sousse, bien Habous, il n'avait pas changé depuis 1881 et offrait toujours ses huit ou dix

lits misérablement installés. D'ailleurs ses revenus de 1500 fr. par an environ et ses dépenses de 3.500 fr. permettent de se faire une idée du faible mouvement de sa population de malades.

Il faut attendre jusqu'en 1904, époque où l'on voit éclore une seconde infirmerie-dispensaire, celle de Ferryville.

A partir de ce moment l'élan est donné. Il ne se passe pas d'année sans création d'infirmerie :

en 1905 c'est à Medjez el Bab où ce n'est d'ailleurs qu'un simple essai, l'infirmerie bientôt fermée ne rouvrira qu'en 1907,

en 1906 c'est à Bizerte

en 1908 Ain el Asker

en 1909 Kairouan (40), Thala (5), Béja (15), Monastir (12) et le Kef (14),

en 1910 Grombalia, Mactar, Djerba (4 lits)

en 1911 Mahdia

en 1912 une infirmerie de 20 lits est créée à Souk el Arba, tandis que le vieux « Maristane » de Sousse disparaît pour faire place à un hôpital plus moderne de 70 lits doté des derniers perfectionnements et auquel sera bientôt adjoint un lazaret,

en 1913 c'est à Enfidaville et à Mateur.

A la veille de la grande guerre, l'effectif des infirmeries-hôpitaux se monte à 18, totalisant environ 340 lits.

Pendant la guerre naturellement il n'y a pas de nouvelles créations, mais dès la paix on recommence :

en 1919 c'est à Zaghuan,

en 1921 à Tébour Souk et Tozeur (12 lits),

en 1923 à Gabès (20 lits),

en 1927 à Gafsa et Menzel Temime

en 1928 à Tabarca, Souk el Khemis et à la Smala des Souassi.

De 1928 à 1930 il n'en a pas été construites de nouvelles.

Mais parallèlement, dans les territoires du Sud, l'Administration civile de concert avec l'autorité militaire a installé des infirmeries à Tatahouine, Ben Gardane, Zarzis, Médenine, Matmata, Kebili.

Le nombre total des formations hospitalières de l'intérieur est donc actuellement de 33, totalisant un nombre de lits de 750 environ.

Les infirmeries-dispensaires sont toutes dotées de la personnalité civile, et administrée par des Commissions administratives dont la situation légale, les attributions et le fonctionnement sont réglementés par le décret beylical du 15 janvier 1910.

Les ressources de ces établissements sont constituées presque uniquement par des subventions de l'Etat, prélevées soit sur le budget spécial de l'Assistance publique, des participations des communes, et dans des cas très rares par des dotations des Habous.

Le mouvement des malades dans les diverses infirmeries-dispensaires fournit les chiffres statistiques suivants:

	1920	1925	1929
Nombre de malades.....	3.293	5.414	5.561
Nombre de journées d'hospitalisation....	53.750	97.004	107.385
Nombre de consultations..	58.561	156.525	197.500

Ces infirmeries-dispensaires sont plus ou moins bien installées suivant les endroits. Elles comprennent en général des salles de malades, une salle d'opérations,

une salle de consultations, une pharmacie. Certaines sont également dotées d'une maternité — à Kairouan par exemple ou à Souk el Khemis. Quelquefois enfin elles comprennent également un logement pour le médecin — ce qui est assez appréciable.

Tableau des Infirmeries-Dispensaires par Région

1^{re} Région. — Bizerte; Ferryville, 11 lits; Mateur, 25 lits; Béja, 26 lits; Souk el Arba, 58 lits; Souk el Khemis, 60 lits; Tabarca, 5 lits.

2^e Région. — Tébourba, 7 lits; Grombalia, 12 lits; Na-beul, 31 lits; Menzel-Témime, 10 lits; Zaghouan, 8 lits.

3^e Région. — Le Kef, 80 lits; Mactar, 16 lits; Tebour-souk, 10 lits; Medjez-el-Bab, 23 lits.

4^e Région. — Sousse, 95 lits; Mahdia, 35 lits; Monastir, 40 lits; Smala des Souassi, 6 lits; Enfidaville, 8 lits; Kai-rouan, 62 lits; Thala, 5 lits.

5^e Région. — Djerba, 20 lits; Gabès, 17 lits; Tozeur, 12 lits; Gafsa, 6 lits.

Territoires Militaires. — Médenine, Kebili, Ben Gardane, Zarzis, Matmata, Tatahouine, 39 lits.

Ajoutons que le programme d'organisation de l'Assistance médicale n'est pas terminé.

Des travaux sont en projet, d'autres en cours.

C'est ainsi que dans le courant de cette année (1931) on doit ouvrir :

1) un Hôpital pour maladies mentales, à la Manouba — qui doit recevoir tous les aliénés de la Régence. — Un effectif de 180 lits est prévu.

Il aura coûté 7.945.000 fr.

a) un Hôpital régional à Sousse, pourvu de 300 lits.

Il aura coûté 11.000.000 fr.

3) un Hôpital régional à Sfax, pourvu de 300 lits éga-

lement mais dont une salle de 50 lits sera réservée à l'Armée.

Il aura coûté 15.000.000 fr.

4) Enfin, l'infirmerie-dispensaire de Tozeur.

L'ASSISTANCE MÉDICALE A TUNIS

L'Assistance médicale pour la ville de Tunis comprend: des hôpitaux (hôpital civil français, hôpital Sadiki et hôpital E. Conseil, hôpital italien), des dispensaires.

L'Hôpital Civil Français. — L'Hôpital Civil Français tel qu'il existe actuellement n'a pas succédé directement au petit hôpital St-Louis créé par l'Abbé Bourgade.

L'Hôpital de la rue Sidi Saler étant devenu trop petit par suite de l'accroissement considérable de la population européenne de Tunis, le Cardinal Lavigerie aidé par P. Cambon, Ministre Résident général, obtint du Bey en 1882 un grand immeuble situé non loin de là, dans la rue Sidi-Ali-Azouz — c'était une caserne désaffectée depuis l'occupation française.

La caserne fut réparée et appropriée au besoin de l'hôpital avec les bénéfices d'une loterie faite par le Cardinal.

L'ancienne administration de l'Hôpital St-Louis se trouvant réduite à un seul membre, on comença par nommer un nouveau conseil composé de catholiques, appartenant aux nationalités françaises, italiennes, maltaises, dont la principale mission était au début de chercher à approprier et à doter cet établissement. Le docteur Bastide, jeune médecin plein de talent, venu en Tunisie quelque temps avant l'occupation et qui depuis 1876 se dévouait à l'hospice de la rue Sidi-Saber, fut nommé Médecin-Chef et directeur du nouvel Hôpital St-Louis. Il fut secondé au début par des médecins militaires qui eurent assez d'ama-

bilité pour prêter leur concours à l'hôpital jusqu'à l'arrivée des médecins français; certains, comme le docteur Bertholon continua au titre civil — après avoir démissionné — la mission qu'il avait commencée comme militaire.

Les Sœurs de St-Joseph suivirent le docteur Bastide au nouvel hôpital. Elles étaient maintenant dix. Mais elles suffisaient à peine à leur tâche. Des lits étaient prévus pour une centaine de malades des deux sexes. Des salles distinctes avaient naturellement été aménagées. Un certain nombre de lits étaient au début réservés aux militaires français; l'armée d'occupation y fit hospitaliser ses soldats jusqu'en 1886, date de la construction de l'Hôpital du Belvédère.

L'Hôpital comprenait des services de médecine dirigés successivement par les docteurs Bruch, Lallemand, Schoull, Grémaud. M. Chabert, pharmacien venu à Tunis bien avant l'établissement du Protectorat s'occupait de la pharmacie. Mais l'Hôpital St. Louis devint vite insuffisant. Il ne pouvait suffire lui non plus, à abriter les malades qui venaient solliciter leur admission. Dès 1891, M. Chabert signale son insuffisance dans un rapport à la Conférence Consultative et demande la construction extra-muros d'un hôpital d'aménagement plus moderne.

Un nouveau rapport du même auteur, l'année d'après, renouvelle l'expression de ces desiderata. L'on craignit même un moment que le Gouvernement tunisien, limité toujours par des ressources budgétaires modestes, et malgré son désir de satisfaire à des demandes aussi normales, ne se bornât à racheter au Cardinal Lavigerie, l'Hôpital St. Louis, pour le laisser subsister avec la même destination, en apportant naturellement les réformes indispensables.

Cependant, grâce à la bonne volonté du Résident général, Massicault, un arrêté daté du 16 mai 1892 instituait

une Commission spéciale, chargée d'élaborer les projets du futur hôpital français.

Mais il fallut, pour que les projets fussent mis en exécution toute la persévérance de R. Millet qui après Rouvier avait succédé à Massicault.

Heureusement des opérations financières avantageuses avaient apporté des ressources inattendues au Trésor tunisien. Le 9 juin 1897 un décret beylical signé de S. A. Ali-Pacha Bey réservait une partie des fonds provenant de la Conversion de la Dette Tunisienne à l'édification d'un hôpital et assurait sa création.

Les travaux furent alors poussés activement, d'après les plans de l'architecte Resplaudy.

Le nouvel Hôpital Français recevait son premier malade le 16 Novembre 1898.

L'Hôpital St. Louis, désaffecté, était réservé à la Société française de Bienfaisance. Et c'est encore là, rue Sidi-Ali-Azouz que se trouve son siège social.

Le 17 juillet 1899 un nouveau décret beylical donnait à l'Hôpital Civil Français la personnalité civile et réglait au point de vue administratif et financier les principes de son fonctionnement.

Il offrait au moment de sa création 250 lits répartis entre les services de médecine et chirurgie générales, médecine et chirurgie infantiles, la maternité, le pavillon des filles publiques, le service des aliénés et celui des maladies contagieuses (notons qu'à ce moment il n'y avait pas de Lazaret à Tunis, l'Hôpital de la Rabta (E. Conseil) a été créé en 1905).

Tel qu'il était il satisfaisait amplement aux besoins. D'ailleurs l'architecte avait prévu les possibilités d'agrandissement. Le plan définitif comprenait six pavillons supplémentaires sans parler des constructions diverses pour le personnel.

Le budget de l'Hôpital se montait alors à 175.0000 fr.

Depuis sa création pendant ses trente dernières années, l'hôpital a peu changé extérieurement. Il s'est agrandi peu à peu. Le nombre de ses lits a augmenté d'année en année.

Les disponibilités en 1900 étaient de 250 lits. En 1920 elles étaient de 380; en 1931 enfin, elles atteignaient 504. Il faut dire qu'en Août 1930 était ouvert un pavillon de 50 lits entièrement réservé aux israélites. Une installation de Radiographie a été montée de même qu'un laboratoire. Les services de consultation surtout ont eu un essor considérable.

Nous n'entreprendrons pas une description détaillée de cet établissement, bien qu'il en vaille la peine. C'est un véritable modèle du genre. « L'architecte, dit un ancien interne de l'Hôpital français, le Dr Gomma, qui a su adapter aux exigences rigoureuses de l'hygiène hospitalière et aux conditions du climat tunisien d'élégantes constructions dont le style très simple s'inspire de l'architecture locale, a réalisé un petit chef d'œuvre ». Construit tout-à-fait en dehors de la ville, l'Hôpital étage ses pavillons sur les flancs de la colline, au milieu de jardins. Des galeries couvertes permettent de circuler d'un service à l'autre. De ses terrasses, le regard peut aisément parcourir la ville du Parc du Belvédère au Fort de Sidi bel Hassen.

Actuellement l'Hôpital Français comprend :

un service de médecine auquel est annexé un pavillon réservé aux tuberculoses pulmonaires et le pavillon « casher »,

un service de chirurgie générale dont l'installation et l'outillage possèdent tous les perfectionnements modernes,

un service de médecine infantile,

un service d'obstétrique et gynécologie, dont fait partie le service de chirurgie infantile et d'orthopédie;

un pavillon d'isolement pour les contagieux;
un pavillon pour la mise en observation des « nerveux »,
dépendance de l'Asile d'Aliénés de la Manouba;
enfin, un service international de consultations gratuites.

La pharmacie dessert non seulement l'hôpital, mais aussi tous les établissements hospitaliers de l'intérieur et les médecins de colonisation. Elle assure également la distribution gratuite des médicaments aux indigents.

La fourniture des médicaments, qui avait été adjugée en 1929 pour 1.204.188,48, était encore en 1930 de 1.001.860,75.

L'Hôpital est administré par une Commission présidée par le Directeur général de l'Intérieur. Dans toutes les questions d'ordre médical, un conseil de santé constitué par les Chefs de Service est appelé à donner son avis.

Le personnel médical comprend onze médecins, tous nommés au concours, et huit internes.

Le personnel infirmier est entièrement laïque depuis 1910, date à laquelle les sœurs de Saint-Joseph de l'Apparition ont quitté l'Hôpital. Depuis 1842, elles avaient, sans discontinuer, soigné les malades français de Tunis.

Le personnel au complet comprend un effectif de 228 personnes.

Voici les renseignements que nous avons pu recueillir sur l'activité des services de l'Hôpital Civil Français; nous regrettons de ne pas avoir pu retrouver les statistiques de 1900.

1) *Tableau statistique de l'activité de l'H. C. F.*

Années	Nombre de malades admis	Nombre de jours d'hospitalisation	Nombre d'interventions et pansements	Nombre d'interventions chirurgicales	Total des dépenses	PAIX des journées
1900						
1910	2.266	78.057	»	»	345.012.00	4.42
1920	2.286	87.519	»	»	1.632.100.00	16.64
1924	2.925	100.402	21.581	»	1.930.890.00	19.23
1925	3.073	100.151	27.666	»	2.492.328.00	24.77
1926	3.050	98.762	36.070	1.218	2.526.564.00	25.58
1930	4.413	124.574	74.771	2.705	4.378.758.00	35.12

N. B. — En 1930, le nombre d'admissions a fait une ascension brusque, du fait de l'ouverture du pavillon réservé aux Israélites (50 lits).

2) *Subventions et recettes de l'H. C. F.*

Années	Subventions d'Etat	Autres Subventions	Autres Recettes	Total
1900	175.000.00	—	—	175.000.00
1910	236.000.00	—	116.701.22	352.701.22
1920	1.409.200.00	—	320.354.59	1.729.554.59
1925	1.334.969.44	200.800.00	747.542.53	2.283.311.97
1930	2.548.800.00	504.450.00	1.049.983.52	4.103.283.52

L'Hôpital Sadiki

Plusieurs années après la venue des Français en Tunisie, l'Hôpital Sadiki était encore semblable à la description qu'en avait fait en 1881 le professeur Variot.

C'est ainsi qu'en 1887, l'hôpital fut visité par Guy de Maupassant. Il y vit surtout les aliénés, qui firent une forte impression sur lui.

« Autour de moi, sur les quatre côtés de la cour, d'étroites cellules grillées comme des cachots enfermaient des hommes qui se levèrent en nous voyant, et vinrent coller entre les barreaux de fer des faces creuses et livides. »

L'Hôpital Sadiki resta un hospice jusqu'au départ de son premier médecin-chef et directeur, Ahmed Kaddour. Celui-ci, en 1892, avait fait la connaissance d'un jeune médecin arrivé depuis peu à Tunis : le Dr Lovy. L'année suivante, en 1893, malade, Ahmed Kaddour demanda sa mise à la retraite, proposant pour le remplacer le Dr Lovy, qui fut nommé.

Dès lors, l'Hôpital Sadiki entre dans une ère nouvelle. Ce ne sera plus désormais un hôpital arabe, ce sera simplement un hôpital.

Le Dr Lovy s'est permis des innovations : tout d'abord, il réorganise l'administration et l'économat. Tout malade

admis est inscrit à son entrée sur un registre, et reçoit un billet d'hôpital. Des fenêtres sont percées dans les salles qui, jusque-là, ne s'éclairaient que par la porte. Les nattes où les malades gisaient dans la vermine, disparaissent. Les hospitalisés, baignés et rasés à leur arrivée, abandonnent leurs vêtements personnels pour revêtir la « djebba », et couchent dans de petits lits semblables aux lits de troupe.

Le Dr Lovy organise une pharmacie avec au moins les médicaments indispensables. Il crée un service chirurgical. Il achète des instruments de chirurgie. Il arrive même à avoir un petit autoclave.

L'Hôpital commence à prendre un air plus moderne. Mais, quelle patience, quelle persévérance ne faut-il pas au docteur Lovy ! En effet, l'Hôpital Sadiki, entretenu par l'Administration des Habous, ne dépend que d'elle. Naturellement, les quelques cinquante mille francs de la subvention annuelle sont largement insuffisants. Le Dr Lovy frappe à toutes les portes. Il finit par avoir gain de cause.

En 1900, l'Hôpital Sadiki possédait plus de deux cents lits, se répartissant ainsi :

Pour la chirurgie : 80; pour la médecine (cas aigus) : 40; pour la médecine (cas chroniques) : 35; pour la médecine (détenus) : 30; pour les aliénés : 50; pour le service des femmes : 30.

Et bien souvent, le nombre des malades hospitalisés dépassait les disponibilités. Le service chirurgical prenait de l'importance chaque année : en 1893, le nombre des opérations était de 32, il monta à 120 en 1894 et s'éleva progressivement pour dépasser 500 en 1900 et 1901.

Il avait été créé des services externes dans lesquels étaient soignés et pansés tous les malades dont l'hospitalisation n'était pas indispensable. Ces consultations étaient très fréquentées.

Enfin, à certaines époques, avaient lieu de grandes séances de vaccinations publiques antivarioliques.

En 1902, le D^r Lovy ayant achevé son œuvre à Sadiki, quittait l'hôpital pour remplir auprès du Bey les fonctions délicates de médecin particulier de Son Altesse.

Il était remplacé par un organisateur de premier ordre, le D^r Brunswic, qui venait de créer à Nabeul un petit hôpital modèle. Assisté par un de ses camarades d'études, le D^r Charles Comte, ex-préparateur de Marey au Collège de France, le D^r Brunswic continua et développa l'œuvre amorcée par le D^r Lovy.

L'Hôpital était manifestement trop petit. D'autre part, il était absolument impossible de l'agrandir. Cette situation pénible est encore à l'ordre du jour actuellement.

Le D^r Brunswic tourna en partie la difficulté; il refusa de garder les incurables et les aliénés, qui, jusque-là, y étaient hospitalisés. De tendance nettement chirurgicale, il organisa Sadiki dans le sens chirurgical.

Le D^r Ch. Comte se chargea de la stérilisation. Il se mit à préparer lui-même les crins et les catguts nécessaires à l'hôpital, ce qui fit une économie notable.

C'est également le D^r Comte qui organisa la partie de l'hôpital réservée aux femmes. C'est lui qui fit bâtir l'internat.

En effet, devant l'augmentation de l'importance de l'Hôpital, il avait bien fallu augmenter l'effectif médical. Deux postes d'internes avaient été créés.

Le D^r Hassin Bouhageb, d'origine tunisienne, mais qui avait fait ses études en France, avait été nommé dès le début médecin adjoint et plus spécialement chargé des services de médecine.

En principe d'ailleurs, le D^r Brunswic s'occupait de tout : Directeur de l'Hôpital, il était à la fois médecin-chef et chirurgien-chef. Naturellement, les spécialités entraient dans ses attributions. Si nous ajoutons qu'il était encore

médecin légiste de la ville de Tunis, on comprendra que cet homme, qui travaillait près de 16 heures par jour, passait tout son temps à l'hôpital.

En 1906, après l'aménagement du vaste établissement de la Tekia, les incurables furent définitivement exclus de Sadiki. C'est à partir de cette date que Sadiki devint véritablement et exclusivement un établissement hospitalier.

Il fut aménagé trois salles d'opérations : pour le service aseptique, pour le service septique et pour le service des femmes. Un arsenal chirurgical très complet leur fut attribué.

Les services de médecine générale furent agrandis et placés sous la direction du D^r Broc, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un laboratoire avait été installé et mis à sa disposition; un service de radiographie et de photographie fut également monté à cette époque.

Enfin, la doctoresse Gordon fut chargée de la consultation externe pour les femmes.

L'administration et l'économet avaient été parallèlement développés. En effet, le D^r Lovy avait bien apporté là d'heureux perfectionnements, mais il n'avait pu venir à bout de « l'inertie tunisienne ». Le D^r Brunswic augmenta le nombre des employés. Il établit une comptabilité régulière, qui permit de supprimer des abus et des gaspillages considérables. En 1910, une économie globale de 30 à 35.000 francs était réalisée.

En 1912, le cimetière contigu à l'hôpital était désaffecté et annexé à Sadiki.

Après exhumation des restes, un jardin y fut planté. On y construisit en 1913 un bâtiment à usage de dépôt mortuaire. L'année suivante, on édifia un grand pavillon destiné à soulager le service chirurgical. Entre temps, la guerre était survenue, mobilisant internes et chefs de service. L'Hôpital continua à fonctionner grâce au dévouement des auxiliaires médicaux.

En 1915, le Dr Brunswic mourait, il était remplacé par le Dr Moreau, qui quittait à son tour Sadiki pour être remplacé par le professeur Braquehayé; celui-ci resta à peine deux ans. Il fut remplacé par le Dr Brun, qui, encore aujourd'hui, est directeur et chirurgien-chef.

Tel était Sadiki au moment de sa création et de son inauguration par Sadok Pacha-Bey, tel nous le voyons à l'heure actuelle.

On y accède encore par une petite ruelle où deux voitures ne peuvent pas passer de front. Après avoir passé sous la voûte de la porte d'entrée, on débouche dans une grande cour bordée d'arcades et pavée de marbre. De là partent des escaliers, des passages qui donnent accès dans d'autres cours intérieures toutes pavées de marbre, où s'ouvrent de petites salles.

Sadiki est un véritable labyrinthe, et le visiteur qui y entre pour la première fois n'est pas sûr de pouvoir en ressortir tout seul, sans guide.

Mais, c'est ce qui fait le charme de Sadiki. Un hôpital cela ? Une caserne ? Non; disons plutôt un palais auquel il ne manque qu'un peu de solitude et de silence pour lui rendre toute sa poésie. Mais les cours dalées de marbre sont toujours encombrées de consultants; les salles voûtées et fraîches regorgent de malades qu'on est souvent obligé d'installer sur des matelas à terre. Car, l'Hôpital Sadiki devrait avoir trois fois plus de place qu'il n'en a actuellement, pour arriver à faire face aux nécessités d'hospitalisation. Au 1^{er} janvier 1931, il contenait 268 lits.

Au rez-de-chaussée se trouvent, après les services administratifs, d'un côté près de la pharmacie et près du service de radiologie, les salles de médecine générale, là où étaient autrefois les cabanons grillagés qui firent tant d'impression sur Maupassant (*La vie errante*); de l'autre côté, sont les salles de consultations externes et le service

d'ophtalmologie. Sept lits sont réservés pour les maladies des yeux, alors que chaque matin, près de 200 consultants viennent se faire panser; alors que chaque matin il se pratique une moyenne de six opérations : trichiasis, extirpation de sac lacrymal, iridectomies, etc. Il n'y a pas de place pour hospitaliser les opérés; n'importe, on les renvoie. Et les résultats, malgré tout, sont satisfaisants. Mais que d'inquiétudes pour l'opérateur !

A l'entresol, près de la bibliothèque, le service d'otorhino-laryngologie qui, lui aussi, n'a qu'une dizaine de places.

Au premier étage, se succèdent les services chirurgicaux, tout d'abord le service aseptique avec ses deux salles d'opérations luxueusement installées tout à côté du service de stérilisation. Plus loin, c'est le service septique, qui a également sa salle d'opérations et ses grandes salles de pansements. A l'écart enfin, se trouve le « service des femmes », dont la porte est toujours close et dont l'entrée est interdite aux hommes — à part évidemment médecins et internes. Ce service des femmes, qui possède environ une centaine de lits, comprend une salle d'opérations spéciales, la maternité (bien misérable avec sa dizaine de lits), enfin, le service de médecine-femmes auquel est annexée la salle de consultations médicales.

Le service d'obstétrique est minuscule, cependant son activité est grande. En plus d'une consultation obstétricale et gynécologique, assurée par un assistant de gynécologie, la statistique des accouchements est intéressante : 82 accouchements, tous gratuits, ont été pratiqués en 1930. La plupart de ces accouchements, d'ailleurs, sont pathologiques. Les femmes musulmanes n'acceptent que difficilement de venir accoucher à l'hôpital. Elles n'y viennent qu'en dernier recours et bien souvent après des trois et quatre jours de travail.

Pour faire connaître davantage les bienfaits de l'accou-

chement à l'hôpital, on a imaginé d'allouer aux mohareks (ou chefs de quartier) une prime de 40 francs pour chaque femme qu'ils auront décidé à venir accoucher à l'hôpital.

Les accouchements sont faits, soit par la sage-femme attachée à l'établissement, soit, et le plus généralement, par l'interne de garde.

Les internes, actuellement au nom de six (trois pour le service chirurgical, un pour les services de médecine, un pour l'ophtalmologie et un pour l'otorhino-laryngologie) sont logés dans une aile de l'hôpital.

Dans le jardin — cet ancien cimetière, maintenant partierre soigneusement entretenu — se trouvent, à part la buanderie et les communs, la maison de l'administrateur de l'hôpital et les laboratoires de chimie, de bactériologie et d'anatomie pathologique avec, à côté, la morgue, qui dispose d'une installation frigorifique ultramoderne.

L'activité de l'Hôpital Sadiki est débordante.

Tableau de l'activité de l'Hôpital Sadiki

Années	Nombre d'admissions	Nombre de jours d'hospitalisation	TOTAL des dépenses	Prix moyen de journée	Nombre des consultations	Nombre des opérations chirurgicales
1903	2.378	»	»	»	»	»
1906	2.264	»	»	»	33.176	1.190
1911	2.756	74.464	211.673,19	2,842	20.542	1.047
1915	2.260	66.120	223.158,91	3,37	47.187	15.503
1920	3.540	78.262	654.873,78	8,36	75.816	4.493
1925	3.931	88.810	1.228.493,13	13,85	107.076	5.061
1930	4.122	96.246	2.601.619,05	27,03	196.191	9.780

Son personnel, qui comprend actuellement douze médecins et six internes, plus un pharmacien et un stomatologiste, ainsi qu'un certain nombre d'auxiliaires médicaux, d'infirmiers et d'infirmières, compte un effectif total de 145 personnes.

Le fonctionnement de l'Hôpital Sadiki présente quelques particularités intéressantes.

Tout d'abord, le directeur de l'hôpital est un médecin chef de service. Il est évidemment assisté, pour l'administration de son établissement, d'un chef des services administratifs et sous le contrôle d'une Commission administrative, mais il n'en a pas moins les pouvoirs de directeur.

Subventions et Ressources

Années	Subventions des Habous	Subventions d'État	Subventions des Régions ou Communes	Autres Recettes	Total
1912	220.000	»	»	29.200	249.200
1915	220.000	»	»	36.200	256.200
1920	500.000	200.000	»	74.000	774.000
1925	576.150	410.000	80.000	329.600	1.395.750
1930	523.400	1.540.000	357.450	565.850	2.986.700

Combien de fois n'avons-nous pas eu les échos ailleurs — dans d'autres hôpitaux — des conflits stériles qui se produisaient entre les médecins chefs de service et le directeur de l'établissement, excellent fonctionnaire, mais qui n'avait aucune idée des besoins d'un service hospitalier.

Une autre particularité intéressante de Sadiki, c'est qu'une clinique payante y est prévue. En principe, l'hôpital est réservé aux malades musulmans tunisiens indigents. Les malades non indigents, mais peu fortunés, peuvent être admis, ainsi que les assurés du travail, au titre de payants. Enfin, certains malades aisés sont hospitalisés en chambre particulière. Ils payent leurs frais d'hospitalisation et de traitements à l'administration de l'Hôpital, et versent ses honoraires au chirurgien.

Cette formule, parfaitement logique et justifiée, qui est appliquée dans certains hôpitaux français de province, comme à Besançon ou à Strasbourg, ne se rencontre dans l'Afrique du Nord, à notre connaissance, qu'à l'Hôpital Sadiki.

Une chose seulement est à déplorer à l'Hôpital Sadiki : c'est son étroitesse. Le seul hôpital musulman de l'Afrique du Nord a un effectif de 268 lits !

Le D^r Brun, son actif directeur actuel, s'occupe des possibilités d'agrandissement. Tout d'abord, les services de médecine vont être transférés, dans un avenir prochain, à l'Hôpital E. Conseil où des pavillons sont déjà préparés. On procède, d'autre part, à l'expropriation des immeubles qui entourent Sadiki, vieilles maisons arabes vétustes et pittoresques, dont la disparition permettra à l'Hôpital de s'étendre et de respirer.

L'Hôpital Ernest Conseil

En 1905, pour isoler et soigner les malades contagieux en période d'épidémie, l'Administration décida d'utiliser quelques vieux bâtiments arabes, situés sur le plateau de la Rabta, derrière l'Hôpital Civil Français.

Lors de l'épidémie de typhus de 1909, des baraquements supplémentaires furent hâtivement construits et l'ensemble de la formation reçut le nom de « lazaret de la Rabta ». Des servitudes militaires s'opposaient à la construction de bâtiments maçonnés.

A la suite de nouvelles épidémies, en 1910 et en 1911, on compléta l'installation du lazaret; le terrain, d'une superficie de 4 hectares 1/2, fut enclos et des services généraux furent organisés.

En 1912, l'établissement fut doté d'un budget spécial et rattaché, pour l'administration, à l'Hôpital Sadiki.

En 1923, un des baraquements fut agrandi et spécialement aménagé pour les tuberculeux pulmonaires. En 1924, l'Administration ayant obtenu la suppression des servitudes, deux pavillons en maçonnerie furent construits pour l'hospitalisation des tuberculeux osseux.

L'Etablissement, dénommé « Hôpital des Contagieux »

en 1923, est devenu en 1930, à la mort de l'éminent praticien qui avait assuré pendant de longues années la direction de ses services, l' « Hôpital Ernest Conseil ».

Avec deux nouveaux pavillons qui viennent d'être achevés en décembre 1930, il comprend 224 lits, dont 60 pour contagieux, les autres étant réservés aux tuberculeux osseux et pulmonaires et aux malades de médecine générale.

Les malades contagieux y sont admis sans distinction de nationalité ni de culte.

Annexe de l'Hôpital Sadiki, l'Hôpital Ernest Conseil fonctionne sous la même direction et avec la même administration.

Le service médical est assuré par deux médecins et deux internes.

L'effectif complet du personnel est de 36 personnes.

Fonctionnement de l'Hôpital E. Conseil Statistique

Année	Admissions	Nombre de journées d'hospitalisation	DÉPENSES	Prix de rev. moy. jonr. mal.	Subvention de l'État	Autres recettes	TOTAL
1912	376	5.146	21.334,83	4,145	16.800	1.700	18.500
1915	153	2.970	27.710,84	9,330	30.000	500	30.500
1920	353	8.548	90.998,23	10,645	76.000	500	76.500
1925	612	16.543	261.770,41	15,823	305.000	4.600	309.600
1930	1.126	31.344	740.291,56	23,620	962.000	17.500	979.500

L'Hôpital Colonial Italien

Pendant presque toute la seconde moitié du XV^e siècle, les Italiens pauvres de Tunis — et ils étaient nombreux — se faisaient hospitaliser et traiter plus ou moins gratuitement à l'Hôpital Saint-Louis. Le Consulat italien contribuait à l'entretien de l'hôpital, comme d'ailleurs tous les consuls européens de Tunis.

Après l'établissement du Protectorat, il y eut naturellement divorce. En 1885, les docteurs Stresino et Casanello

fondent, rue Ben-Abdallah, une infirmerie minuscule, l'infirmerie Santa Margherita. Dans cet établissement sont hospitalisés désormais les indigents italiens et anglo-maltaïes. Les gouvernements italien et maltais subventionnent l'infirmerie.

En 1891, le corps médical italien de Tunis, avec le concours de la colonie italienne, indemnise les fondateurs de l'infirmerie Sainte-Marguerite, qui est supprimée. A sa place, un hôpital est ouvert place Halfaouine, dans le palais Ben-Ayed. Sont admis dans cet hôpital tous les Italiens indigents, pour qui le gouvernement paye une pension de deux francs par jour, et tous les malades payants de n'importe quelle race, de n'importe quelle religion.

L'Hôpital italien prit rapidement une importance considérable, le local de la place Halfaouine devint trop exigü. Un Comité comprenant les docteurs Busacca — actuellement directeur honoraire — le docteur Converti, le docteur Molco, le docteur Morpurgo, le docteur Sbrana et le docteur Campaniolo, réunit, grâce à une souscription publique, les fonds nécessaires à l'édification d'un hôpital moderne et, le 15 mars 1900, était inauguré l'Ospedale Garibaldi, dans les bâtiments qu'il occupe encore actuellement près de la porte Bab-el-Fellah, sur la colline de Montfleury.

Construit sur un plan assez original, l'Hôpital Colonial Italien étage ses services les uns à la suite des autres, sur les pentes de la colline. Il comprend des services de médecine pour hommes et femmes — les enfants étant répartis suivant leur sexe — des services de chirurgie également pour hommes et pour femmes, un service de gynécologie et obstétrique, des services de spécialités : ophtalmologie, otorhinolaryngologie, maladies vénériennes, un service radiologique, un laboratoire. Le nombre des lits actuellement disponibles est de 150.

Un dispensaire pour les indigents malades fonctionne tous les matins — pour les consultations de médecine et

chirurgie générale — une fois par semaine pour les consultations spécialisées.

Annexée à l'hôpital est une clinique payante, dotée de sept chambres de deux lits en général, avec salle d'opération spéciale.

Sont admis à l'hôpital tous les malades indigents italiens, qui doivent naturellement présenter à l'entrée un certificat d'indigence, délivré à Tunis par la Société de Bienfaisance italienne, à l'intérieur, par un office consulaire italien ou un simple bureau de police.

Sont également admis tous les malades payants de toute nationalité ou religion au tarif de 25 francs par jour, pour les services de médecine et de 30 francs pour les services de chirurgie et la maternité.

Enfin, à la clinique, les malades payent 50 ou 60 francs par jour, suivant la chambre; si leur cas est chirurgical, ils acquittent à l'Hôpital un droit d'opération de 200 francs avec, en plus naturellement, les honoraires du chirurgien et du médecin traitant.

L'Ospedale Garibaldi est administré par un Conseil d'Administration, un Conseil sanitaire et un Bureau de direction.

Le Conseil sanitaire est formé de tous les médecins italiens résidant à Tunis ou dans les environs. Le directeur de la pharmacie y siège avec voix consultative.

Le Conseil d'Administration est composé de quatre médecins élus par le Conseil sanitaire, de quatre membres désignés par les fondateurs, et de quatre membres désignés par le gouvernement italien. Ce Conseil, qui se renouvelle par tiers chaque année, est présidé par le Consul Général d'Italie à Tunis, assisté du Directeur de l'Hôpital, qui est vice-président.

Enfin, le Bureau de direction, qui est composé du Directeur, du sous-directeur et du secrétaire, est élu par le Conseil sanitaire, et renouvelé en entier tous les deux ans.

Le service médical est assuré par tous les médecins italiens de Tunis, à tour de rôle, qui prêtent leur concours gratuit. Il y a ainsi sept chefs de service, avec autant de suppléants, et huit adjoints.

Les médecins adjoints, qui jouent en somme le même rôle que les internes dans les hôpitaux français, font un stage de six mois dans chaque service, et ce n'est qu'après la troisième année qu'ils peuvent, après concours, devenir chefs de service suppléants.

Le service de nuit seul est rétribué.

Le personnel auxiliaire est constitué principalement par une trentaine de sœurs et quelques infirmières laïques diplômées.

Jusqu'en 1910, les Sœurs étaient des religieuses de l'ordre de Saint-Joseph. A partir de cette date, elles ont été remplacées par des Francisaines, la plupart italiennes.

Nous avons été frappés, quand nous avons visité l'Ospe-dale Garibaldi, de voir le rôle joué par les Sœurs. La France a bien conservé, dans quelques-uns de ses hôpitaux, des Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, mais elles n'ont en général qu'un rôle purement administratif. A l'Hôpital italien, elles sont partout, on les trouve aussi bien à la cuisine que dans les salles d'opérations ou au laboratoire de bactériologie.

L'Etablissement semble fonctionner comme un mécanisme bien graissé. Et puis, dès qu'on a passé la porte, on sent bien qu'on n'est plus en France. Quelle n'a pas été notre surprise quand, faisant une visite générale de l'Hôpital, accompagnés de deux religieuses, nous avons été accueillis à l'entrée de chaque salle par le salut — bras tendu — de tous les malades valides au garde-à-vous près du lit !

Le régime doit avoir du bon, puisque l'Hôpital parvient à vivre avec une subvention annuelle de 200.000 francs, alors que ses 150 lits sont constamment occupés.

Années	Nombre d'Admissions	Nombre de Jours d'Hospitalisat.	Nombre de Pansements	Nombre de Consultat.	Ordonnances Gratuites	Nombre d'Opérations
1925	1.612	48.123				
1929	2.010	49.889	15.451	19.096	12.514	1.425
1930	2.482	59.377	17.668	21.034	14.302	1.768

Ajoutons que la journée d'hospitalisation revient à 20 fr. Le déficit entre les dépenses totales (près de 1.200.000 fr.) et la subvention gouvernementale (200.000 fr.) est comblé par le rapport des malades payants, le rapport de la Clinique annexe, et surtout la munificence des riches Italiens de Tunis.

Les Dispensaires et les Consultations Médicales Gratuites

De nombreuses sociétés et œuvres de bienfaisance ont créé des dispensaires où sont soignés les malade indigents. Il convient de citer :

La *Société Française de Bienfaisance de Tunis*, où fonctionne un service de consultations médicales gratuites, dont plus de 4.000 personnes ont bénéficié en 1930 et un service de visites médicales à domicile (plus de 200 visites en 1930).

Pour ses services d'assistance médicale, la Société Française de Bienfaisance reçoit une subvention annuelle de l'Etat de 20.000 francs.

La *Société Musulmane de Bienfaisance de Tunis*, qui possède également un service de consultations médicales et un service d'assistance à domicile, 1.500 malades ont été secourus par cette Société en 1930.

La subvention qui lui est allouée par l'Etat est de 20.600 francs.

La *Communauté Israélite de Tunis*, à laquelle sont attachés quatre médecins qui soignent les indigents israélites, soit au siège de la Communauté, soit à domicile.

Le nombre des assistés a été de près de 8.000 en 1930 et la dépense engagée atteint près de 250.000 francs.

La *Société de Secours aux blessés militaires*, à laquelle un personnel médical et soignant est attaché et qui dispose de trois dispensaires :

le dispensaire de Sidi-Brahim, à Tunis;

le dispensaire de La Marsa;

Le dispensaire de La Manouba.

La Société procède actuellement à l'installation d'un dispensaire dans la cité ouvrière de Mégrine.

En 1930, l'activité de cette Société s'est manifestée de la façon suivante :

Petites interventions, 5.140; pansements, 16.000; consultations simples, 7.742; vaccinations au dispensaire, 990; vaccinations à domicile, 500.

Le nombre total des malades assistés s'est élevé à 70.640.

La S. S. B. M. reçoit de l'Assistance Publique une subvention de 10.000 francs.

L'*Union des Femmes de France* possède également un dispensaire dans le quartier Halfaouine où existe actuellement un service de polyconsultations. Mais ce dispensaire se propose de s'organiser spécialement pour la lutte contre le trachome.

En 1930, 62.748 personnes y ont reçu des soins, qui se répartissent ainsi :

38.636 enfants; 15.254 femmes; 8.958 hommes.

La subvention annuelle allouée à l'U. F. F. est de 7.000 francs.

Le *Fournau des Pauvres*, qui bénéficie d'une subvention de 17.000 francs, possède un dispensaire qui, en 1930, a distribué des soins et des médicaments gratuits à environ 20.000 indigents.

Enfin, la *Maison des Sœurs de N.-D. de l'Espérance* a soigné en 1930 près de 5.000 personnes.

Les Auxiliaires Médicaux

Lorsque le service médical et l'administration de l'hôpital Sédiki furent, en 1902, confiés au D^r Brunswic Le Bihan, cet éminent organisateur dut rechercher immédiatement des collaborateurs. Il eut l'idée de recruter quelques jeunes Arabes, munis d'une instruction élémentaire, et capables de parler et d'écrire le français. Ces jeunes gens, véritables apprentis-infirmiers, suivaient les cours nécessaires pour leur instruction technique. Quelques médecins de la ville et un pharmacien acceptèrent de venir aider gracieusement le D^r Brunswic à faire ces cours. Pour le reste, c'est-à-dire l'instruction pratique : faire les pansements, prendre les températures, poser des ventouses, donner des lavements, etc., le Chef de Service et les deux internes qu'on avait fini par lui accorder s'en chargèrent.

Un noyau de bons infirmiers fut ainsi constitué. On arriva à leur confier les rôles délicats d'anesthésiste, d'aide, parfois, dans les opérations chirurgicales, de stérilisateurs.

Leur traitement était de 40 francs par mois.

Le D^r Brunswic avait donc réussi à mettre à exécution une idée que le D^r Braquehay, directeur de l'Hôpital Civil Français, avait eue également — idée inspirée par l'œuvre de Galliéni à Madagascar — de Doumer en Indo-Chine : celle de créer un corps d'auxiliaires médicaux indigènes.

« Dès que cette idée de créer des auxiliaires médicaux indigènes fut connue dans le monde médical tunisien — dit le D^r Comte dans sa thèse (Les auxiliaires médicaux et les district-nurses), un tolle presque général s'éleva contre ce projet d'initier de jeunes Arabes aux questions d'hygiène et de médecine. Nombre de praticiens voyaient dans ces

futurs auxiliaires des concurrents redoutables dont il fallait empêcher l'éclosion. »

L'école fonctionnait d'ailleurs depuis près de dix-huit mois, lorsqu'en octobre 1903, un décret vint sanctionner l'existence des auxiliaires médicaux.

Voici comment le gouvernement tunisien en envisageait l'organisation :

ARTICLE 4. — Les élèves de l'Hôpital Sadiki sont recrutés parmi les sujets tunisiens présentant les garanties nécessaires de moralité, et possédant des notions d'enseignement primaire. Ils y sont nourris et logés dans la mesure des locaux vacants. Pendant leur séjour à l'hôpital, ils concourront, avec le personnel médical, aux soins à donner aux malades.

ARTICLE 8. — Les études dureront trois années pendant lesquelles les élèves recevront une indemnité mensuelle de 10 à 12 francs, suivant l'importance des services qu'ils pourront rendre.

ARTICLE 9. — Les élèves qui justifieront de connaissances théoriques et pratiques sur l'ensemble du programme, et qui offriront les garanties morales nécessaires, seront nommés auxiliaires médicaux, par arrêté du Premier Ministre, et affectés à un des établissements d'assistance publique dépendant du gouvernement.

Ils pourront également être adjoints aux médecins titulaires d'un service public qui en feront la demande. Si les circonstances le permettent, ils pourront, en attendant leur affectation définitive, être employés à l'Hôpital Sadiki, à titre d'internes auxiliaires.

ARTICLE 10. — Toute tentative d'exercice de la médecine, soit par un élève stagiaire, soit par un auxiliaire médical, dans les conditions autres que celles énoncées à l'article 9, sera considérée comme illégale et poursuivie comme telle.

D'après le Dr Comte, les premiers résultats n'auraient pas été remarquables. « Leur éducation première et l'ins-

truction fort rudimentaire qu'ils ont reçue ne paraissent guère avoir contribué à leur ouvrir l'esprit. Au contraire, on dirait que dans les écoles ils ont tout appris, comme ils le font pour les versets du Koran, répétant à haute voix, en chœur, leurs leçons, jusqu'à ce que les sons se soient gravés dans leur mémoire. Aussi, pour la plupart, dès qu'on leur demande de faire quelque peu preuve d'intelligence et de traiter des questions autrement que par de simples réponses apprises par cœur, sont-ils tout à fait déroutés. »

L'institution a cependant prospéré. Au cours de la grande guerre, alors que chefs de service et internes étaient partis en Europe faire leur devoir de Français, les auxiliaires médicaux contribuèrent considérablement à assurer la bonne marche des services.

En 1924, l'Ecole des Auxiliaires a été remplacée par une « Ecole d'Infirmiers et d'Infirmières », créée sur le type des écoles de Paris, et placée sous la haute direction des chefs de service de l'Hygiène publique, des directeurs de l'Hôpital Sadiki et de l'Hôpital Civil Français.

Cette école est ouverte au personnel des hôpitaux de Tunis et aux élèves libres. Son accès est absolument gratuit.

Pour être admis à suivre les cours, les postulants doivent être âgés de 18 ans au moins, être titulaires du Certificat d'études primaires, ou, à défaut, avoir subi avec succès un examen d'admission dont le programme est sensiblement celui du C. E. P. Ils doivent, de plus, jouir d'une bonne santé et présenter toute garantie morale.

Les études, qui portent sur deux années, comprennent des cours théoriques et des stages hospitaliers.

Les cours sont faits pour la plupart par les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Tunis.

Un certificat de capacité professionnelle est délivré aux élèves ayant subi avec succès l'examen de sortie de seconde année. Ce certificat de capacité est exigé de tous les aides-

infirmiers candidats aux concours pour l'obtention du grade d'auxiliaire médical.

Actuellement, les auxiliaires médicaux, au nombre de sont surtout en service à l'Hôpital Sadiki. Les médecins de colonisation préfèrent se passer de leur collaboration et employer des infirmiers de leur choix. Le Service de l'Hygiène Publique pour la prophylaxie dans l'intérieur est réparti en trois groupes (sept auxiliaires à Tunis, deux à Sousse et à Sfax). Ils ne craignent pas de faire parfois héroïquement leur devoir. Plusieurs, depuis 1903, ont contracté le typhus exanthématique : 7; la typhoïde, 1; le choléra, 1. Douze sont morts de tuberculose.

L'INSTITUT PASTEUR

1° Historique

L'Institut Pasteur de Tunis a été créé par décret beylical en date du 7 septembre 1893 (26 sfar 1931). M. René Millet, Résident Général, ayant demandé à Pasteur de bien vouloir envoyer en Tunisie un de ses élèves pour y étudier les moyens d'améliorer la vinification, difficile du fait des conditions climatiques. Cette mission fut confiée au docteur Adrien Loir. Celui-ci installa le nouveau service dans un pavillon annexe du Contrôle Civil de Tunis.

A ce laboratoire de vinification furent successivement adjoints un service de traitement antirabique (1894), un centre vaccino-gène et un laboratoire d'analyses.

L'ensemble reçut le nom d'Institut Pasteur et fut doté de la personnalité civile par décret du 14 février 1900. L'Institut Pasteur de Tunis, est, par ordre d'ancienneté, le troisième des Instituts Pasteur des pays français : premier : Paris; deuxième : Saïgon).

Réorganisé en 1903 sur l'initiative de M. S. Pichon, Résident Général, à la suite de la nomination comme Direc-

teur du docteur Charles Nicolle, l'Institut Pasteur de Tunis fut transféré en 1904 dans des bâtiments spécialement construits dans le Jardin d'Essais.

Par suite du développement très rapide de l'activité des services, les locaux nouveaux, à peine occupés, devinrent insuffisants. Il y fut suppléé par le dédoublement de certaines pièces et la construction de petits pavillons annexes. Un plan général d'agrandissement était envisagé au moment où la guerre éclata.

Jusqu'au 31 décembre 1920, l'Institut Pasteur de Tunis a été rattaché à la Direction Générale de l'Agriculture; depuis le 1^{er} janvier 1921, il fait partie des services de la Direction Générale de l'Intérieur.

2° Personnel

Au 1^{er} janvier 1931, le personnel titulaire de l'Institut Pasteur est ainsi constitué :

1 directeur; 1 sous-directeur; 4 chefs de laboratoires; 1 administrateur; 1 économe-comptable; 1 économe-comptable adjoint, 8 préparateurs ou aides-préparateurs, 2 commis, 1 concierge; 1 chaouch.

Le personnel non titulaire comprend :

1 surveillant; 5 aides de laboratoires et 18 employés (garçons, hommes de peine, gardiens).

Le rattachement à l'Institut des services vétérinaires qui dépendent actuellement de la Direction Générale de l'Agriculture ajouterait à ce personnel :

1 sous-directeur vétérinaire; 3 préparateurs ou aides-préparateurs; 3 employés subalternes.

En dehors de son personnel titulaire et de ses membres associés, l'Institut Pasteur de Tunis offre l'hospitalité de ses laboratoires à de nombreux savants et travailleurs libres de France ou de l'Etranger.

3° Budget

Il se compose d'une subvention de l'Etat et de subventions spéciales, et des recettes de l'établissement (vente de produits et analyses).

A peine supérieur à 30.000 fr. en 1903 et constitué alors presque exclusivement par la subvention de l'Etat, il s'est décomposé pour 1929, de la façon suivante :

Recettes

Subvention de l'Etat.....Fr.	520.543 81
Subventions particulières	4.200 »
Vente de produits.....	655.520 40

TOTAL des recettes..... 1.180.264 21

Dépenses

Personnel	507.316 18
Personnel subalterne	128.490 25
Fonctionnement des services.....	506.283 84

TOTAL des dépenses..... 1.142.090 27

Pour l'année 1930 (exercice non encore clôturé), les prévisions budgétaires se sont élevées à : 1.081.288,34.

Ces chiffres témoignent de la progression constante de l'activité de l'Institut.

Malgré les nombreux services qu'il a rendus à la Tunisie, l'Institut Pasteur n'a reçu jusqu'à ce jour aucun legs, et presque aucun don.

4° Service de l'Institut Pasteur

1° Service antirabique

Créé en 1894, il a permis le traitement, jusqu'au 1^{er} janvier 1931, de 19.431 personnes. Sur ce total, 72 ont succombé, soit une mortalité de 0,37 %.

La clientèle du service antirabique de Tunis est formée : de façon régulière, par des personnes mordues sur le territoire de la Régence et sur un quart environ du département algérien de Constantine; irrégulièrement, par des personnes mordues dans d'autres régions (France, Algérie, Tripolitaine, passagers des paquebots touchant les ports tunisiens).

Années	Nombre de Tunisiens traités	Nombre total des rabiques traités
1894	62	69
1895	82	83
1900	130	145
1905	264	306
1910	385	409
1915	393	420
1920	599	780
1925	895	934
1930	1.075	1.345

2) Service de la vaccine

L'Institut Pasteur de Tunis prépare, contrôle et distribue le vaccin jennérien employé dans la Régence. Il fournit également ce produit à la Marine française (arrondissement de Bizerte).

Jusqu'en 1925, le nombre des doses distribuées n'excédait pas 200.000. Depuis cette date, l'organisation des vaccinations obligatoires par les services d'hygiène de la Direction Générale de l'Intérieur a eu pour résultat une augmentation très importante de la consommation.

Doses distribuées en 1925 : 1.207.994.

Doses distribuées en 1926 : 592.130.

Doses distribuées en 1927 : 594.690.

Doses distribuées en 1928 : 655.881.

Doses distribuées en 1929 : 768.882.

Doses distribuées en 1930 : 1.058.346.

Service de vaccinations préventives de la Tuberculose (B C G)

Ce service est également confié depuis sa création à Mlle le Dr Nicolle. Les résultats obtenus jusqu'ici sont tout-à-fait intéressants. Mlle Nicolle a eu également l'extrême amabilité de nous les communiquer.

Du 15 juin 1928 au 31 janvier 1930, 315 doses de vaccin B. C. G. ont été préparées et distribuées en Tunisie par l'Institut Pasteur de Tunis.

Le Service recueille sur des fiches spéciales les renseignements que le médecin ou la sage-femme doivent donner au moment de la naissance de l'enfant. Puis, tous les six mois, au médecin qui a vu l'enfant à la naissance, à la sage-femme ou même aux parents, est envoyée une feuille de renseignements sur l'état de l'enfant.

Mademoiselle Nicolle a pu ainsi réunir des renseignements très précieux. Son enquête contribuera à l'étude du B. C. G., toujours à l'ordre du jour.

Bien que 315 doses de vaccin B C G aient été distribuées depuis l'ouverture du service de vaccination, une grande partie n'entre pas en ligne de compte — quelques enfants n'ont pu recevoir le vaccin pour une cause ou pour une autre, une centaine d'enfants n'ont pas de fiches par la faute des médecins ou sages-femmes qui n'ont pas envoyé les renseignements demandés, 52 enfants sont actuellement âgés de moins de 6 mois.

L'enquête de Mademoiselle Nicolle repose sur l'étude de 141 enfants prémunis.

Sur ces 141 enfants vaccinés, 21 sont morts d'affections

variables, sans que l'on puisse jamais incriminer d'une manière formelle la tuberculose.

Les autres, au nombre de 120, dont 38 appartenaient à des familles de tuberculeux, ou étaient en contact avec un tuberculeux, sont tous actuellement en bonne santé ! Un seul, né de mère tuberculeuse, en contact permanent avec elle, a présenté, du 4^e au 11^e mois, des épisodes d'allure franchement phthisique. A 17 mois, l'enfant a été revu en parfaite santé, pesant 12 kg.

Service des vaccinations antidiphtériques

Ce service, organisé le 15 juin 1928, a été confié, depuis sa création à Mademoiselle le docteur Nicolle, qui a bien voulu nous communiquer des renseignements intéressants sur le fonctionnement de ce service.

Depuis le 15 juin 1928, date de sa création, jusqu'au 31 mars 1931, le service des vaccinations antidiphtériques a pratiqué sur 1.352 personnes, soit la réaction de Schick, soit au moins une inoculation d'anatoxine :

1) Vaccinations

Pendant les dix-huit premiers mois (juin 1928 à décembre 1929), il a été pratiqué :

- trois injections chez 789 personnes;
- une seule chez 98 personnes;
- deux injections chez 20 personnes.

Pendant la deuxième période (juin 1930 à mars 1931), il a été de même pratiqué :

- trois injections chez 303 personnes;
- une seule chez 20 personnes;
- deux injections chez 20 personnes.

Sur cet ensemble de 1.352 personnes vaccinées comprenant des enfants à partir de l'âge d'un an et des adultes, on n'a eu à signaler que deux cas de diphtérie.

D'ailleurs, Mademoiselle M. Nicolle recommande toujours à ses vaccinés de revenir deux mois après la dernière inoculation d'antoxine, de manière à pouvoir faire une réaction de Schick de contrôle.

2) Réactions de Schick

Les réactions faites au service antidiphthérique sont ou bien avant la vaccination, comme réaction indicatrice, soit deux mois au moins après la vaccination comme contrôle.

De juin 1928 à décembre 1929 : cent dix intradermo réactions, dont 55 Schick de contrôle;

De janvier 1930 à mars 1931 : 14 Schick d'épreuve, dont 7 furent suivies de la vaccination; 98 réactions de contrôle dont : 78 vérifiés, 76 négatives.

Nous ne possédons pas le relevé des vaccinations antidiphthériques dispensées dans l'intérieur par le médecin de l'assistance gratuite (commune et colonisation) ni celles que pratiquent les médecins à leur clientèle.

L'Institut Pasteur de Tunis comprend encore :

Un service de sérums et vaccins

Depuis 1914, l'Institut Pasteur de Tunis assure la production et la distribution du sérum antidiphthérique, pour toute la Tunisie (4.844 ampoules de 10 cc. en 1930).

Il reçoit, en outre, et distribue les autres sérums thérapeutiques, que prépare l'Institut Pasteur de Paris.

Il existe également un dépôt de gemme préventif de la rougeole et du typhus exanthématique (sérum de convalescents).

L'Institut Pasteur prépare tous les vaccins.

En 1930, ont été vendues les quantités suivantes :

a) Vaccins préventifs. — Antityphoïdiques, 8.428 doses; antipesteux, 54.719 doses; antidiphthériques, 656 boîtes individuelles, 433 flacons de 10 cc.

b) Vaccins curatifs. — Antigonococciques, 9.997 doses; antistaphylococcique, 4.708 doses; anticoquelucheux, 3.227 doses; antityphoïdique, 216 doses; antiméditerranéen, 685 doses; antistreptobacillaire, 2.177 doses; autovaccins, 73 doses.

c) Produits vétérinaires. — Tuberculine diluée, 100 doses de 4 cc.; malléine diluée, 108 doses.

d) Filtrats. — Pour réaction de Burnet : 206 doses de méliïne; pour réaction de Reeustiema : 160 doses de bacilles du Ducret morto; pour réaction de Schick : 335 doses de toxique diphtérique; pour cutiréaction : 284 doses de tuberculine.

Service des ferments et levures

C'est le plus ancien des services de l'Institut, puisque — nous l'avons déjà dit — c'est pour étudier les moyens d'améliorer la vinification rendue difficile par le climat tunisien, que le Résident Général R. Millet demanda à Pasteur un de ses élèves.

A chaque saison, l'Institut Pasteur met à la disposition des viticulteurs des mélanges de levures qui sont employées à la vinification.

En 1930, il a été délivré 527 litres de levures.

Service des analyses

L'Institut Pasteur assure l'examen sérologique des services antivénériens de Tunis et des principaux centres antivénériens de Tunisie (Sousse, Sfax et Kairouan exceptés).

Il assure également :

l'examen quotidien des eaux potables;

l'examen des rats apportés par le service de dératisation;

le contrôle des chèvres laitières.

Dans l'intérieur, à Sousse, à Sfax et Kairouan, existent des laboratoires annexes qui dépendent de l'Institut Pas-

teur, et assurent pour les régions :

— le service de contrôle sérologique pour la lutte anti-vénérienne;

— le service des analyses chimiques, bactériologiques et sérologiques pour les médecins de colonisation.

Rôle scientifique de l'Institut Pasteur à Tunis

L'œuvre médicale accomplie chaque jour par l'Institut Pasteur de Tunis est considérable. Elle n'est rien à côté de l'œuvre purement scientifique qui s'y poursuit inlassablement.

Retracer les découvertes qui s'y sont faites, c'est exposer l'œuvre de Charles Nicolle et de ses collaborateurs. Cette œuvre est immense, et pour la mettre en lumière, un volume y suffirait à peine. Nous nous excusons de passer un peu rapidement.

Lorsque, en 1903, Ch. Nicolle entreprit de réorganiser l'Institut, il s'était déjà rendu compte de l'important domaine que la Tunisie offrait aux recherches médicales. Il fit donc construire des laboratoires en conséquence et chercha des collaborateurs, mettant en pratique les méthodes nouvelles dont le génie de Pasteur et de ses élèves a doté l'humanité. Les bâtiments du nouvel Institut n'étaient pas encore achevés que déjà des découvertes étonnaient le monde scientifique. C'est d'abord sur la fièvre de Malte que se portaient les recherches. « Pendant des mois, dit le D^r Conseil, on vit à l'aube du jour de graves médecins courant après les chèvres, examinant leur sang, leur lait et arrivant à montrer qu'en Tunisie aussi, le troupeau de chèvres, contaminé par les importations maltaises, était l'origine principale de la maladie. » Cette étude a d'ailleurs été prolongée pendant des années. Elle a permis la réalisation d'un vaccin, elle a permis au D^r Burnet de mettre au point une méthode sûre, rapide et pratique pour en établir le diagnostic.

Mais surtout, l'étude qui a révélé l'Institut Pasteur de Tunis, est l'étude de cette maladie redoutable entre toutes qu'est le typhus exanthématique. C'est, tout d'abord, Ch. Comte, alors chef de laboratoire, qui montre le rôle essentiel du pou dans la transmission de la maladie. Puis, Ch. Nicolle réalise la reproduction de la maladie chez les animaux. « Que de journées, que de nuits occupées à de patientes recherches, dit le D^r Conseil; que de temps passé à injecter, à nourrir des poux, à surveiller des singes, des cobayes. » En 1910, enfin, Ch. Nicolle, aidé de E. Conseil, puis de A. Conor et G. Blanc, fixait les conditions d'infection des poux. Puis, après les essais de E. Legrain de Bougie, et de L. Reynaud d'Alger, Ch. Nicolle et E. Conseil établissaient les propriétés préventives du sérum de convalescent.

Une autre maladie, compagne habituelle du typhus exanthématique, le typhus récurrent, retenait l'attention de Ch. Nicolle. Là encore, le rôle du pou est démontré après de longues et patientes recherches; avec Blaizot, Ch. Nicolle prouve que les spirilles évoluent dans le corps du pou, qu'ils sont absents du tube digestif du pou et que, par suite, la piqûre reste inoffensive. La transmission se fait par écrasement du pou contaminé sur la peau excoriée par grattage.

Dans la grippe, Ch. Nicolle montre l'action effective d'un virus filtrant, et le rôle accessoire du bacille de Pfeiffer.

Toujours dans le domaine des virus filtrants, Ch. Nicolle étudie la Rougeole. Avec E. Conseil, il confirme la notion de la contagiosité prééruptive. L'expérimentation est faite sur les malades. En 1919, les propriétés préventives du sérum de convalescents sont mises en évidence.

Ch. Nicolle étudie le trachome. Avec Cuénod et Blaizot, il reproduit le trachome chez le chimpanzé. Puis, avec Cuénod et Blanc, il établit que les larmes sont infectieuses,

et précise le rôle important des mouches dans l'extension de la maladie.

Ch. Nicolle a tracé le tableau clinique du Kala-Azar. C'est lui qui, le premier, a réussi la culture indéfiniment repiquable de son germe. Avec Ch. Comte, il élucide son mode de transmission par le chien chez qui il retrouve le parasite.

De même, il établit les liens du Kala-Azar et du Bouton d'Orient, dont il cultive également le parasite. Il reproduit la maladie chez le singe et chez le chien. Puis, il établit les premiers faits de vaccination réciproque du Kala-Azar et du Bouton d'Orient.

De nombreux vaccins nouveaux sont sortis des laboratoires de l'Institut Pasteur de Tunis — vaccins contre la blénorrhagie, le choléra, la coqueluche, le chancre mou, la conjonctivite aigüe à bacilles de Weeks.

Il est peu de domaines où les inlassables travailleurs de l'Institut Pasteur de Tunis ne se soient aventurés et où ils n'aient relevé quelque chose de nouveau.

Grâce à l'Institut Pasteur de Tunis, grâce à Ch. Nicolle, des épidémies effroyables peuvent actuellement être facilement conjurées. Le sort des populations indigènes de Tunisie, autrefois si menacé et si précaire, est aujourd'hui assuré. Bien mieux, la Tunisie, reléguée autrefois dans la barbarie, est maintenant au premier plan dans le domaine scientifique.

Organisation des Services d'Hygiène Publique

Autrefois, nous l'avons vu, le gouvernement des Beys s'était préoccupé de certaines questions d'hygiène publique — en particulier de la défense du pays contre la propagation des épidémies par voie maritime. Mais ce service était par trop primitif.

Dès 1885, par décret, étaient créés la Santé maritime et le Conseil Sanitaire de la Régence. C'était indispensable pour défendre d'une manière méthodique les frontières tunisiennes contre les épidémies de l'extérieur.

Le gouvernement persévérait dans cette voie, et après avoir organisé l'Hygiène extérieure, ne tardait pas à organiser l'Hygiène intérieure. Un décret du 3 janvier 1889 établit à Tunis un « Conseil Central d'Hygiène publique et de salubrité », et prévoit la création de Commissions régionales, dont les premières furent créées à Gabès, Sousse, Sfax et Bizerte (1900), puis Souk-el-Arba (1901).

D'après l'article 8 de ce décret :

« le Conseil Central et les Commissions régionales d'Hygiène et de salubrité sont consultés sur les questions relatives au maintien et à la préservation de la santé publique dans leur circonscription respective, notamment en ce qui concerne : 1° l'assainissement des habitations et des localités; 2° les mesures à prendre pour prévenir et combattre les maladies endémiques, épidémiques ou transmissibles; 3° les maladies communes aux hommes et aux animaux; 4° la propagation de la vaccine; 5° l'organisation des secours aux malades indigents; 6° les moyens d'améliorer les conditions sanitaires des populations industrielles et agricoles; 7° la salubrité des écoles, hôpitaux, maisons d'aliénés, établissements de bienfaisance, prisons, dépôts de mendicité, etc.; 8° la qualité des aliments, boissons, condiments et médicaments d'eaux thermales appartenant à l'Etat, aux Communes et aux particuliers; 10° la salubrité tant extérieure qu'intérieure des fabriques, manufactures, chantiers, mines, ateliers, ainsi que des conditions d'hygiène des personnes qui y seront employés; 11° la salubrité des cours d'eau alimentant en eau potable les agglomérations; 12° les grands travaux d'utilité publique; construction d'édifices, écoles, prisons, théâtres, forts, canaux, réservoirs, fontaines; établissement des marchés, halles,

abattoirs, égouts, cimetières, voiries, etc., sous le rapport de l'hygiène publique; 13° la statistique démographique et la géographie médicale.

La création du Conseil central d'hygiène publique et de salubrité était évidemment une chose excellente — sur le papier — mais il n'y avait personne qui eut les pouvoirs nécessaires pour appliquer le décret de 1889. Jusqu'en 1897, l'effort de l'administration en matière d'hygiène publique se borne à l'organisation du Service de Santé maritime.

Par décret du 26 mai 1897, une « Direction de la Santé et de l'Hygiène publique » est créée, qui englobe le service sanitaire maritime. C'est d'ailleurs le Directeur du Service Sanitaire maritime (le D^r Bastide) qui cumule les fonctions.

En 1911, le Bureau de l'Assistance publique englobe la Direction de la Santé publique et de l'Hygiène.

En 1920, c'est le contraire qui se produit; le Bureau de l'Assistance disparaît. C'est sous le nom de « Direction de l'Hygiène » que fonctionne le service, comprenant :

- les services sanitaires généraux;
- le service sanitaire maritime;
- le bureau de l'assistance publique.

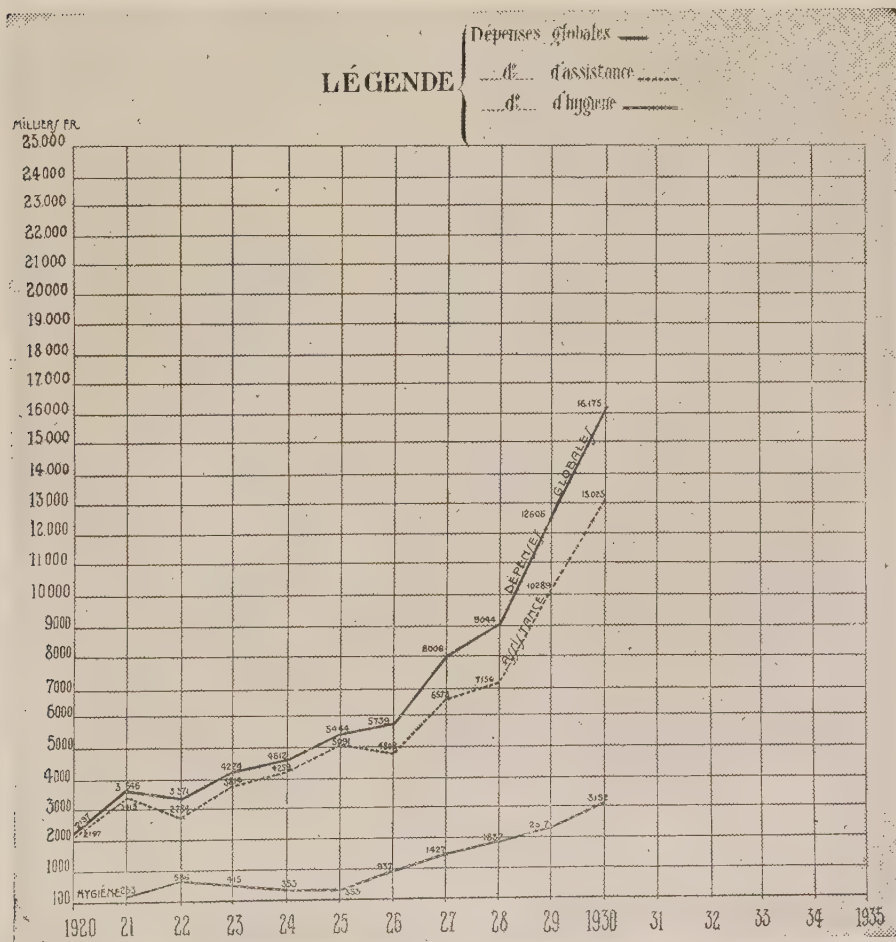
En 1928, la Direction de l'Hygiène disparaît de nouveau pour faire place au « Service de l'Assistance et de l'Administration pénitentiaire » d'une part et au Service de l'Hygiène publique, d'autre part.

Il est à noter que ces mutations sont toujours faites au sein de la Direction générale de l'Intérieur. On n'a jamais jugé bon de faire de ce service une Direction indépendante et autonome, de même qu'il existe une Direction de Travaux publics ou une Direction de l'Agriculture et de la Colonisation. Cependant, depuis 1920, les budgets de l'Assistance et de l'Hygiène publiques font l'objet d'articles séparés.

PROTECTORAT FRANÇAIS - RÉGENCE DE TUNIS

DÉPENSES D'HYGIÈNE ET D'ASSISTANCE

Graphique établi par l'Office d'Hygiène Sociale et de Médecine Préventive



**Budget de l'Assistance et de l'Hygiène
Publiques de 1920 à 1930**

Années	Budget total	Dépenses afférentes	
		à l'assistance	à l'hygiène
1920	2.197.227,50	2.197.227,50	»
1922	3.371.247,50	2.784.772,50	586.475,00
1924	4.612.650,33	4.259.650,33	353.000,00
1926	5.739.795,33	4.802.573,33	937.222,00
1928	9.044.144,37	7.156.660,00	1.887.484,97
1930	17.175.524,66	13.023.133,00	3.152.391,66

Depuis 1920 également, le nouveau programme d'organisation des services sanitaires de la Régence a prévu la division du territoire en trois grandes régions sanitaires comprenant :

Pour le Nord, les 1^{re}, 2^e et 3^e régions, soit près d'un million d'habitants.

Pour le Centre, la 4^e région (500.000 habitants environ).

Pour le Sud, la 5^e région et les Territoires Militaires, soit également 500.000 habitants.

Chacune de ces trois grandes régions sanitaires dépend d'un centre (Tunis, Sousse et Sfax) où existe l'appareillage technique et l'armement hospitalier.

L'organisation des trois centres a été poursuivie par paliers.

Actuellement, le Service de l'Hygiène publique est dirigé par un chef de service (qui est médecin — alors que le chef de service de l'Assistance et des services pénitentiaires ne l'est pas).

Le Service d'hygiène publique comprend, en outre :

1^o à *Tunis* :

1 médecin-inspecteur adjoint, chargé du Service Sanitaire général pour la région Nord;

1 médecin-inspecteur adjoint, chargé en principe de la lutte antipaludique sur tout le territoire;

1 chef de laboratoire;

2 commis, un dactylo, un magasinier et deux chauffeurs;
un groupe de sept auxiliaires médicaux.

2° à *Sousse* :

1 médecin-inspecteur adjoint, chargé du Service Sanitaire général pour la région du Centre, qui est en même temps chef du bureau d'hygiène municipal;

1 chef de laboratoire;

2 auxiliaires médicaux;

du personnel subalterne.

3° à *Sfax* également :

1 médecin-inspecteur adjoint, chargé de la région Sud et chef du Bureau d'Hygiène municipal;

1 chef de laboratoire;

2 auxiliaires;

du personnel subalterne.

A Tunis, le Service d'Hygiène a à sa disposition un laboratoire à l'Institut Pasteur. Ce laboratoire, dirigé actuellement par un médecin très distingué, le Dr Vassilief, s'occupe pour le moment plus spécialement de tout qui concerne la peste.

Le Service d'Hygiène publique possède également à Tunis un garage et un magasin, situé dans les parages immédiats de l'Hôpital Civil. Ce magasin sanitaire contient absolument tout le matériel nécessaire à la lutte contre les épidémies. Le visiter est particulièrement intéressant.

Ce magasin contient le matériel nécessaire à sa constitution des ambulances de fortune :

tentes pour malades;

tentes pour médecins et infirmiers;

objets de couchage : lits de camp, couvertures, draps de lit, etc., chemises pour adultes et pour enfants, etc.;

objets de campement : vaisselle, primus, etc.

Le magasin contient également du matériel à désinfection et à désinfection, c'est-à-dire :

a) étuves à formol;

b) caisses à panneaux mobiles pour la sulfuration.

Cet appareil, parfaitement bien décrit par le Dr Bloch dans sa thèse, est une sorte de caissé démontable, qui peut être hermétiquement close et dans laquelle on dégage des vapeurs sulfureuses chaudes à l'aide d'un appareil Toccidant d'usage courant.

Cette invention peut être comparée à celle du Dr Massonnet, d'Alger. Le Dr Massonnet, lui, a imaginé un système de cylindres métalliques de 1 m. 50 de hauteur environ et de diamètre décroissant, ce qui permet d'avoir un jeu de cylindres s'emboîtant les uns dans les autres, d'encombrement très restreint. Le Dr Massonnet fait la sulfuration en faisant dégager dans ses cylindres de l'anhydride sulfureux liquéfié.

L'avantage de l'appareil du Dr Gobert — c'est de l'auteur lui-même que nous tenons ces détails — est qu'avec les vapeurs sulfureuses dégagées à chaud, en présence de nitrate de potasse, les œufs de pou sont tués — ce que ne donnerait pas l'appareil Massonnet. Et c'est évidemment un facteur qui a son importance.

Enfin, le magasin contient des insecticides (pyrethrines, méphitol, etc.) et tout un matériel nécessaire à la lutte antipaludique :

des larvicides : du gas-oil en cylindres de 50 litres; du vert de Paris; de l'huile de paraffine pour les puits, citernes, etc.;

et un gros stock de quinine : chlorhydrate en dragées à 0,20; en chocolatinas à 0,20; formiate en ampoules à 0,50 pour 2 cc.

Le même genre de matériel se retrouve dans les magasins sanitaires de Sfax et de Sousse — naturellement, les quantités sont beaucoup moindres.

Les laboratoires de Sousse et de Sfax sont des laboratoires privés, qui, moyennant une légère subvention gouvernementale, consentent à se mettre à la disposition des Services d'Hygiène.

Au Service de l'Hygiène publique sont rattachés encore le Service sanitaire maritime;
les Bureaux d'Hygiène Municipaux.

Le service sanitaire maritime

Le Service Sanitaire Maritime de Tunisie a été créé dès 1885, c'est en somme la première création française en Tunisie du point de vue de l'hygiène publique.

Il a été organisé avec sa forme actuelle par le décret beylical du 16 février 1909.

Son action s'étend sur toute la côte tunisienne, divisée en 22 circonscriptions sanitaires maritimes.

Il est dirigé par un médecin inspecteur pourvu du titre de médecin sanitaire maritime. La Direction siège à La Goulette.

Le personnel comprend, outre le directeur, un médecin inspecteur adjoint et des agents sanitaires répartis dans toutes les circonscriptions.

Le Service sanitaire maritime a pour mission essentielle la reconnaissance et l'arraisonnement des navires.

La reconnaissance est assurée par les pilotes qui, en Tunisie, sont tous agents sanitaires auxiliaires.

L'arraisonnement et la visite médicale des navires est faite à La Goulette par un médecin sanitaire maritime. Dans les autres ports, elle est effectuée par un médecin communal ou un médecin de colonisation.

Le Service sanitaire maritime assure également la désin-

fection et la dératisation des navires, la vaccination des immigrants — le contrôle sanitaire du pèlerinage à La Mecque — il vérifie la vaccination des pèlerins au départ. Il contrôle leur état sanitaire au retour, et exécute les mesures nécessaires au cas où cet état sanitaire n'est pas parfait : isolement à la station de La Goulette, épouillage, désinfection.

Le pèlerinage à La Mecque n'est autorisé, d'ailleurs, que si la situation sanitaire le permet. Il n'a pas eu lieu de 1914 à 1927. Voici une indication sur le mouvement des pèlerins :

en 1910 : 675 pèlerins;
 en 1927 : 1.484 pèlerins;
 en 1928 : 1.487 pèlerins;
 en 1929 : 1.486 pèlerins;
 en 1930 : 520 pèlerins.

L'activité du Service sanitaire maritime est considérable.

Années	Nombre de navires aux entrées	Nombre de navires soumis à la reconnaissance	Nombre de navires arraisonnés	Nombre de parlants délivrés à la sortie	Droits sanitaires perçus
1920	8.880	515	8.365	8.800	448.170.72
1924	10.830	541	10.289	10.827	545.845.20
1928	9.180	1.265	7.915	8.815	1.005.717.24
1930	9.055	1.091	7.964	9.013	1.282.335.65

Les Bureaux d'Hygiène

Il n'existe en Tunisie que trois bureaux municipaux d'hygiène : à Tunis, à Sousse et à Sfax, bien que toutes les communes possèdent actuellement un règlement sanitaire.

Les bureaux de Sousse et Sfax, créés en 1930, commencent à peine à fonctionner .

Le *Bureau municipal d'Hygiène de Tunis* a été créé en 1908, immédiatement après la promulgation du règlement sanitaire de la ville de Tunis. Le D^r Conseil, qui, pendant près de 22 ans devait mettre sa science à la disposition de la santé des Tunisois, en fut le premier directeur.

Actuellement, le Bureau d'Hygiène municipal comprend un directeur, docteur en médecine, un personnel adjoint (médecins chargés du contrôle des décès, médecins chargés de la prostitution; sages-femmes municipales, infirmières visiteuses, inspecteur des denrées alimentaires, et un personnel subalterne (agents de police, inspecteur de la salubrité, secrétaires, agents de la désinfection et de la dératisation).

Le Bureau d'Hygiène a pour attribution :

1° l'application des mesures sanitaires concernant les individus :

- surveillance de l'exécution du règlement sanitaire;
- réception des déclarations des maladies contagieuses;
- vaccinations et revaccinations;
- statistique démographique et sanitaire;
- service médical de l'état civil;
- protection de l'enfance;
- hygiène scolaire;
- hygiène alimentaire (abattoirs, denrées alimentaires, etc.);

- prophylaxie des maladies vénériennes;
- ambulances urbaines.

2° L'application des mesures sanitaires urbaines :

- assainissement général de la ville;
- casier hygiénique des immeubles;
- surveillance des établissements insalubres;
- désinfection et dératisation;
- surveillance des distributions d'eaux potables;
- surveillance des égouts et de l'évacuation des eaux usées.

En somme, le Bureau Municipal d'Hygiène joue un rôle très important. Son activité est considérable. Il ne faut pas oublier qu'à Tunis la majorité des habitants n'ont qu'une idée assez vague de l'hygiène. Les maladies contagieuses sont assez fréquentes. La population indigène, même en cas de maladies graves, se passe aisément de médecin. Grâce au Bureau Municipal d'Hygiène, qui fait constater les décès par ses médecins et qui exige qu'on lui dise la cause de la mort, grâce à une surveillance nécessaire des hôtels garnis, des oukalas et des fondouks, nombre d'épidémies ont pu être étouffées dans l'œuf, ou jugulées à temps.

Luttes contre les maladies locales

Le Paludisme

En Tunisie, plus que partout ailleurs, le paludisme se présente comme un fléau redoutable. Il persiste à l'état endémique dans le pays faisant chaque année un nombre élevé de victimes. Il éclate parfois en épidémie massive, frappant une localité avec une virulence accrue, prenant une allure clinique qui le rapproche du typhus.

La lutte contre le paludisme revêt le caractère d'un problème angoissant. La carte du paludisme coïncide exactement avec la carte hydrographique. Or, on peut appliquer à la Tunisie cette phrase qui, autrefois en Algérie, faillit faire abandonner toute tentative de colonisation : « Là où il n'y a pas d'eau on meurt de faim. Là où il y a de l'eau on meurt de la fièvre. » Le corps médical tunisien s'est ému de cette situation et c'est ainsi que la Société des Sciences Médicales inscrivait à l'ordre de ses travaux, en 1921-1922, la question du paludisme en Tunisie, faisant appel à toutes les initiatives, invi-

tant tous les praticiens à collaborer à la mise au point d'une étude aussi touffue qu'importante.

Dès 1900, d'ailleurs, le Gouvernement s'était occupé de la question, et la lutte contre le paludisme avait été entreprise; grâce à l'expérience — coûteuse — de l'Algérie, on savait que la lutte contre le paludisme repose sur deux points essentiels : l'assainissement du sol, le traitement du réservoir de virus. Le Dr Ch. Nicolle, dès son arrivée à Tunis organise un service antipaludique, rattaché à l'Institut Pasteur et dépendant comme lui de la Direction de l'Agriculture. En 1903, la région de l'Oued-Zerga est assainie, les mares sont supprimées. Les médecins municipaux, puis les médecins de colonisation s'occupent de la prophylaxie du paludisme chacun dans sa circonscription. Les suggestions ne manquent pas. Cardaliaguet, médecin à Tozeur, qui mourra plus tard, miné par l'anémie palustre, demande qu'on insiste davantage sur le traitement quinique. Husson, de Mateur, déclare, dans un rapport que l'« hygiéniste » a beaucoup de peine à faire admettre que les travaux qu'il conseille pour l'assainissement sont les premiers à exécuter. Aussi, pour combattre le paludisme, en attendant les possibilités meilleures, faut-il recourir tout de suite aux ressources prophylactiques que donne l'usage préventif de la quinine. »

En 1907, est créé un service antipaludique d'Etat.

En 1908, par arrêté, le Gouvernement organise la vente de dragées de chlorhydrate de quinine par les bureaux de tabac. A la même époque de petits travaux d'assainissement sont exécutés dans le Sud, à Sfax, Gabès, Tozeur, Kebili, où l'on améliore l'irrigation; à Mateur, Le Kef, Kallaa-Djerda, où l'on supprime toutes les mares et où l'on préconise la surveillance des abreuvoirs qui devront être tous construits en maçonnerie; à Béja, le Dr Perrier conseille la stérilisation des eaux dormantes par les sommités fleuries de « *Mahonia Japonica* ».

Dans le Nord, de grands travaux sont entrepris. A Talarika, une somme de 10.000 francs est affectée à l'assèchement du marais. Entre Tunis et Bizerte, à la Mabtouha, où les crues de la Medjerda entretiennent des marécages, un canal de trente kilomètres est construit, qui mène les eaux jusqu'au lac de Porto-Farina. En outre, on établit une digue de 950 mètres sur la rive gauche de la Medjerda.

La région de Mateur qui était tristement célèbre (le Boufarik tunisien) s'améliore sous l'impulsion du Dr Husson. Sur ses conseils, les colons riverains du marécage qui entoure le Djebel Ischkeul ont asséché leurs terres et drainé leurs propriétés. Il est aussi parvenu à décider les habitants à fuir les bords du marais et construire leurs maisons plus loin à flanc de côteau.

— En 1911 est créé un Bureau d'Etudes hydrauliques à la Direction générale des Travaux publics.

Puis, en 1912, sous la direction du Dr Gobert, provisoirement chargé du service antipaludique à la place du Dr Comte, l'assainissement du Cap Bon est entrepris, tandis que celui de Mateur continue.

Malheureusement, pendant la guerre, le personnel fait défaut. La lutte antipaludique s'arrête.

Dès la fin des hostilités, elle reprend. On s'occupe de l'amélioration de l'irrigation dans le Sud, à El-Guettar, à El-Alem, à Kasserine.

Le Dr Comte prouve le rôle des puits artésiens dans l'extension du paludisme, car les Travaux publics se contentent de faire les puits sans se soucier de l'écoulement des eaux.

En 1922, le Gouvernement s'occupe de la quininisation systématique des populations impaludées.

Mais on s'aperçoit bientôt que la quininisation systématique demande, pour être efficace, 40 centigrammes de chlorhydrate par jour et par individu adulte, pendant toute

la période des fièvres (mai-octobre), soit 210 jours, c'est-à-dire 84 grammes de quinine par personne et par an.

Or, le Gouvernement a prévu pour 1924, 80 kilogrammes de quinine, soit une quantité à peine suffisante pour 1.000 impaludés. L'effort gouvernemental doit donc se porter sur l'assainissement. Un nouveau plan de lutte antipaludique est conçu.

« La Tunisie, dit une instruction aux médecins de colonisation, est précisément le pays où se rencontrent les plus diverses conditions de relief du sol et de régime des eaux, obligeant à faire une sélection parmi les mesures antipaludiques. »

Actuellement, la lutte antipaludique ne dépend pas d'un organisme particulier. Il n'existe pas, comme en Algérie, un service antipaludique.

La lutte antipaludique, qui dépend de la Direction générale de l'Intérieur, comprend trois sections :

- Grands travaux d'assainissement;
- Petits travaux d'assainissement local;
- Quininisation.

C'est en somme *l'assainissement* qui est le point important. Les circonscriptions impaludées ont une « Commission d'assainissement local » chargée de préparer un programme de travaux à exécuter. Ce programme est soumis à la « Commission d'Assainissement » qui siège annuellement au Dar el Bey, sous la présidence du Directeur général de l'Intérieur. La Commission comprend en outre les médecins inspecteurs d'Hygiène, des ingénieurs des Travaux public et un délégué du service de l'Agriculture.

C'est cette Commission qui, après avoir établi, chaque année, le plan des grands travaux à effectuer, en confie l'exécution aux Travaux publics, auxquels sont répartis les crédits nécessaires.

Pour cette année, l'Administration tunisienne a choisi deux régions de caractères divers : la plaine de Tabarka

et le bassin de l'Oued Bezikh. Un crédit d'un million a été prévu pour leur aménagement.

A Tabarka, le plan d'eau alimenté par les apports de Kroumirie, retenu en aval par les dunes du littoral, entretient des collections dormantes partout où il affleure. Les premiers travaux consistent à remblayer les terres les plus basses, à supprimer les bras d'oueds inutiles, à rectifier les autres.

Le bassin de l'Oued Bezikh est tout différent : il s'agit de rechercher l'origine des sources, de capter et de distribuer les eaux, de dégager les oueds embroussaillés et marécageux, de les canaliser sans accélérer leur régime ni les transformer en torrents.

Ici, le problème se complique, car si l'Etat se charge des frais d'aménagement, il ne peut pas se charger des frais d'entretien. Des associations spéciales d'intérêts hydrauliques ont été prévues, de manière que l'entretien des travaux soit assuré par les riverains eux-mêmes.

Les travaux de petit assainissement et la quininisisation dépendent exclusivement de la Direction de l'Intérieur, et plus précisément des médecins de colonisation qui travaillent sous la direction du service d'hygiène publique. C'est sur le médecin de colonisation que repose en somme la lutte antipaludique.

Le médecin de colonisation est en effet chargé d'effectuer pour sa circonscription l'enquête antipaludique. Celle-ci comprend l'établissement de la densité palustre, appuyée par l'index splénique, puis l'étude des conditions locales de l'endémie palustre. Ces renseignements permettent de déduire les mesures prophylactiques à appliquer.

Le rôle du médecin consiste alors à faire exécuter par un personnel recruté sur place et instruit par lui des mesures de petit assainissement : assèchement ou comblement des mares, application de l'alternance de l'évacuation des eaux, préconisée par les frères Sergent, lutte antilarvaire

par les moyens chimiques. Les larvicides chimiques utilisés actuellement sont :

1° les hydrocarbures liquides (pétrole, gas-oil, huile de paraffine);

2° les toxiques (toxal, vert de Paris).

La lutte antilarvaire s'effectue également par l'ensemencement des nappes d'eau de quelque importance par les « gambusia ». Pendant la saison dangereuse (mai-septembre) le médecin de colonisation doit encore contrôler la quininisation.

Celle-ci est, soit préventive, soit curative.

Préventive, elle se fait par des distributions de dragées de chlorhydrate, ou des chocolatinés au tannate de quinine, par les soins des autorités locales (caïds et cheikhs) ou des personnes de bonne volonté (colons, entrepreneurs). En 1929, neuf cent vingt kilos de quinine ont été distribués ainsi.

Curative, la quinine se fait dans les endroits infestés, par des équipes d'infirmiers qui emploient la quinine en injections intramusculaires, sous la direction d'auxiliaires médicaux.

La prophylaxie est enfin complétée par des conférences destinées à renseigner les populations sur le mode de propagande des fièvres et sur les moyens de s'en protéger.

La lutte contre le paludisme est en bonne voie. Des résultats tangibles ont été obtenus en beaucoup d'endroits. Il est impossible de produire des chiffres étant donné le manque de précision des rapports des médecins de colonisation. Disons par exemple, qu'en 1929, ont été déclarés pour l'ensemble des territoires, 293 cas de paludisme confirmé. On ne se rendra compte de la gravité exacte du fléau que le jour où cette déclaration aura été rendue obligatoire.

Bilharziose et ankylostomiase

Les maladies comme la bilharziose et l'ankylostomiase, qui infectent l'homme par pénétration du parasite à travers les téguments, ne sont répandus en Tunisie que dans les oasis où le fellah travaille la terre humide des jardins irrigués.

L'ankylostomiase est surtout répandue dans les oasis du Djerid et à Tozeur en particulier.

La bilharziose est très fréquente à Gafsa, dans le Nefzaoua et dans les Matmata. On a signalé un foyer aberrant à Kairouan.

L'exemple de ce foyer, très vite éteint par traitement des malades, montre de quelle façon il serait possible de lutter dans ces oasis, comme on le fait en Egypte contre cette affection.

Une lutte systématique n'a cependant pas encore été entreprise. Le seul effort tenté a été réalisé par le traitement de tous les cas qui se présentent spontanément dans les consultations. La médication employée avec des résultats satisfaisants a été l'émetique en injections intraveineuses. Le médecin de colonisation de Gafsa expérimente actuellement un nouveau médicament, la fouadine, en vue de l'organisation d'une campagne plus active, qui serait favorisée par la facilité d'emploi du produit.

La lutte contre les maladies épidémiques

C'est évidemment la principale occupation des inspecteurs d'hygiène.

La lutte contre les épidémies comprend des dispositions générales et des dispositions particulières à la Tunisie.

Dispositions générales. — Conformément aux stipulations de la convention sanitaire internationale signée à Paris

le 21 juin 1926, le Service de l'Hygiène doit veiller à l'écllosion de maladies épidémiques en Tunisie.

ART. 1. — Chaque gouvernement doit notifier immédiatement aux autres gouvernements et en même temps à l'Office International d'Hygiène publique :

- 1) Le premier cas avéré de peste, de choléra ou de fièvre jaune, constaté sur son territoire;
- 2) Le premier cas avéré de peste, choléra ou fièvre jaune survenant en dehors des circonscriptions déjà atteints;
- 3) l'existence d'une épidémie de typhus ou de variole.

ART. 2. — Les notifications prévues à l'art. 1 sont accompagnées ou très promptement suivies de renseignements circonstanciés sur :

- 1) l'endroit où la maladie est apparue;
- 2) la date de son apparition, son origine et sa forme;
- 3) le nombre des cas constatés et celui des décès;
- 4) l'étendue de la ou des circonscriptions atteintes;
- 5) Pour la peste, l'existence de cette infection ou d'une mortalité insolite chez les rongeurs;
- 6) Pour le choléra le nombre de porteurs de germes dans le cas où il en a été trouvé;
- 7) Pour la fièvre jaune, l'existence et l'abondance relative du *Stegomyia Calopus* (*Aedes aegypti*).
- 8) Les mesures prises.

ART. 3. — Les notifications prévues aux articles 1 et 2 sont adressées aux missions diplomatiques, ou, à défaut, aux consulats, dans la capitale du pays atteint et sont tenues à la disposition des représentants consulaires établis sur son territoire.

Ces notifications sont aussi adressées à l'Office international d'Hygiène publique, qui les communique immédiatement à toutes les missions diplomatiques, ou à défaut, aux consulats à Paris, ainsi qu'aux autorités supérieures d'hygiène des pays participants. Celles prévues par l'art. 1 sont adressées par voie télégraphique.

ART. 9. — Il est recommandé que les pays voisins fassent des arrangements spéciaux en vue d'organiser un service d'informations directes entre les chefs des administrations compétentes, en ce qui concerne les territoires limitrophes ou se trouvant en relations commerciales étroites. Ces arrangements devront être communiqués à l'Office international d'Hygiène publique.

Ainsi, le Service de l'Hygiène prévient, lors de l'apparition *d'un cas* de peste ou de choléra, lors de l'apparition *d'une épidémie* de typhus ou de variole, d'une part :

- 1) l'Office international d'Hygiène à Genève (Interhygie);
- 2) le Ministère des Affaires Etrangères à Paris;
- 3) le gouvernement général de l'Algérie.

Notons en passant qu'on aurait pu — en conformité avec l'art. 9 précité — établir des relations avec la Tripolitaine; il est avéré aujourd'hui que nombre d'épidémies de peste nous arrivent de Tripolitaine. Jusqu'à aujourd'hui, rien n'a été tenté dans ce sens.

Le Service d'Hygiène prévient également :

- 1) la Résidence Générale, qui se charge de renseigner les différents consulats étrangers de Tunis;
 - 2) le Directeur du Service de Santé des troupes de Tunisie — et le directeur du Service de Santé de la Marine.
- Enfin, tous les huit jours, est édité un bulletin, portant la statistique de tous les cas de maladies contagieuses déclarés dans la semaine. Ce relevé hebdomadaire est envoyé gratuitement à tous les médecins de Tunisie et aux médecins algériens de la frontière.

Le Service de l'Hygiène publique a pour mission essentielle, avons-nous dit, de protéger la santé publique contre les épidémies. Ces épidémies peuvent avoir une origine endogène ou une origine exogène; elles peuvent naître sur le territoire ou bien y être importées. La protection du territoire est assurée aux frontières de mer par le service sanitaire maritime. Les frontières terrestres sont à peu

près libres. Notons cependant la présence dans l'isthme de Gabès d'un petit poste, chargé de surveiller et de vacciner les caravanes qui viennent du Sud.

I. — Contre les épidémies qui peuvent naître sur le territoire, des mesures spéciales ont été prises.

Déjà en 1899, aux termes d'un décret en date du 19 novembre 1899, tout médecin ou sage-femme exerçant en Tunisie était tenu, sous peine d'une amende de 50 à 200 fr., de faire à l'autorité publique leur diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombés sous leur observation. Cette déclaration devait être faite, dans les centres érigés en communes, au Président de la Municipalité, et en dehors de ces centres, au Contrôleur Civil.

Plus tard, un arrêté ministériel du 20 novembre 1906 fixe la nomenclature des maladies dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel. Cette liste a été complétée par les arrêtés du 15 décembre 1916, du 10 mars 1919 et du 15 avril 1920.

Cependant, la déclaration des maladies épidémiques laissait encore en 1921 beaucoup à désirer. Le Dr Gobert, alors directeur de l'Hygiène, adressait une note au Secrétariat général du Gouvernement tunisien, exposant les motifs et le sens qui devait régir la réglementation pour qu'elle soit une arme agissante. Le principe d'une réforme ayant été admis par le Conseil Consultatif d'Hygiène, un nouveau décret était publié.

Décret du 15 mai 1922

Louanges à Dieu !

Nous, Mohamed En-Nacer Pacha-Bey, Possesseur du Royaume de Tunis;

Vu, etc...,

Avons pris le décret suivant :

ARTICLE PREMIER. — La liste des maladies épidémiques et contagieuses dont la divulgation n'engage pas le secret

professionnel et auxquelles sont applicables les dispositions du présent décret, est ainsi fixée :

Première Partie

Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires :

- N° 1. — Fèvre typhoïde et paratyphoïde;
- 2. — Typhus;
- 3. — Variole;
- 4. — Scarlatine;
- 5. — Diphtérie;
- 8. — Choléra;
- 9. — Peste;
- 10. — Fièvre jaune;
- 11. — Dysentéries amibiennes et bacillaires;
- 13. — Méningite cérébrospinale;
- 14. — Poliomyélite antérieure aigüe;
- 15. — Fièvre récurrente;
- 16. — Fièvre méditerranéenne;
- 18. — Lèpre.

Deuxième partie

Maladies pour lesquelles la déclaration est facultative :

- A. — Rougeole;
- B. — Infection puerperale (lorsque le secret de l'accouchement n'est pas demandé);
- C. — Grippe épidémique;
- D. — Encéphalite épidémique;
- E. — Tuberculose ouverte;
- F. — Coqueluche;
- G. — Oreillons;
- H. — Rage;
- I. — Teigne;
- J. — Paludisme;
- K. — Trachome;
- L. — Kala-Azar.

ART. 2. — Tout médecin exerçant en Tunisie est tenu, sous peine d'une amende de cinquante à deux cents francs, de faire, dans les conditions fixées ci-dessous, la déclaration des cas de maladies épidémiques et contagieuses énumérées à l'article premier (première partie), qui tombent sous son observation.

ART. 3. — Chaque déclaration comporte l'envoi de deux cartes-lettres circulant en franchise, détachées d'un carnet à souche adressées, l'une au Président de la Municipalité dans les centres érigés en communes, ou au Contrôleur Civil pour les cas n'intéressant pas ces centres, l'autre au Secrétariat Général du Gouvernement tunisien.

Chacune de ces cartes-lettres porte la date de la déclaration, le nom du malade, son âge, son adresse exacte, la nature de la maladie désignée par son numéro d'ordre, ou la lettre qui en tient lieu. Quand il s'agit d'une maladie à déclaration facultative, l'origine de la maladie, les résultats de l'examen de laboratoire, les mesures prophylactiques prises par le médecin, et celles qui sont demandées aux Services publics, et enfin les nom et adresse du déclarant.

Les carnets sont mis gratuitement par la Direction de l'Hygiène à la disposition de tous les médecins autorisés à exercer dans la Régence.

ART. 4. — Toutes les déclarations de maladies épidémiques et contagieuses reçues par les Vice-Présidents de Municipalité, ou les Contrôleurs Civils, dans les conditions énoncées à l'article 3 ci-dessus, devront être notifiées par leurs soins et dans les 24 heures, à l'autorité militaire et maritime locale. La déclaration par les médecins militaires ou de la marine, des maladies épidémiques observées chez des militaires ou des marins, et leurs familles, sera effectuée suivant les prescriptions de l'article 3 ci-dessus, sans préjudice des obligations que leur imposent les règlements des Services de Santé de l'Armée et de la Marine.

ART. 5. — Les déclarations de maladies à déclaration et désinfection obligatoires, énumérées à l'article premier (premier partie) pourront être rémunérées. Les conditions de cette rémunération seront réglées par arrêté.

ART. 6. — Toute opposition, tout obstacle aux mesures de désinfection prescrites par les autorités administratives contre les maladies énumérées à l'article premier (première partie) sera passible d'une amende de 16 à 400 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois.

L'exécution immédiate des mesures sanitaires prescrites pourra être ordonnée. L'article 463 du Code Pénal français et l'article 93 du Code tunisien, sont applicables aux infractions prévues par le présent article, sans toutefois que l'amende puisse être abaissée au-dessous de 16 francs.

ART. 7. — En cas de récidive dans l'année, les peines ci-dessus prévues pourront être portées au double.

ART. 8. — Les dispositions du présent décret entreront en vigueur à dater du 1^{er} juillet 1922. Toutes les dispositions contraires cesseront d'être applicables à la même date.

ART. 9. — Notre Premier Ministre est chargé de l'exécution du présent décret.

Vu pour promulgation, etc...

Ce décret est complété par un arrêté du 15 mai 1922 qui alloue pour chaque déclaration de maladie à déclaration et désinfection obligatoires une vacation de 5 fr.

Le décret du 15 mai 1922 n'est en somme qu'une édition revue et corrigée du décret français du 28 septembre 1916 établissant la liste des maladies à déclaration obligatoire. Il est à noter que le décret tunisien écarte délibérément la rougeole et la suette militaire, de même que le n° 12 (infection perpérale), mais ajoute la fièvre méditerranéenne et la lèpre.

Parmi les maladies à déclaration facultative, le décret

tunisien admet la rougeole, l'infection puerpérale, la rage, le paludisme et le kala-azar, et néglige la pneumonie et l'erysipèle.

Evidemment, le décret a été adapté à la pathologie tunisienne. On peut regretter que le paludisme, maladie suffisamment grave et fréquente, ne soit pas une maladie à déclaration obligatoire. Cette déclaration obligerait les médecins à publier leurs cas de paludisme, ce qui permettrait de dresser une carte exacte du paludisme en Tunisie.

Pour compléter ce contrôle des maladies épidémiques, on a intéressé à la question les autorités administratives. C'est ainsi que le décret du 26 décembre 1919 rend obligatoires pour toute l'étendue de la Régence, la déclaration des décès, ce qui permet de suivre les mouvements démographiques et les variations de la mortalité.

De plus, la constatation médicale des décès est rendue réglementaire à Sousse et à Sfax d'abord (1925), puis dans toutes les communes ensuite (1926).

Ces précautions ne sont pas inutiles dans le Bled. C'est ainsi que dans les localités isolées, sans médecin à demeure, lorsque la mortalité dépasse le taux normal, le Cheikh avertit ses supérieurs hiérarchiques, qui avertissent le médecin par l'intermédiaire du Contrôleur civil. Les débuts d'épidémie sont donc immédiatement découverts — sauf évidemment, négligence des autorités indigènes.

Le médecin — précisons le médecin de colonisation — est le représentant direct du Service de l'Hygiène publique, comme d'ailleurs de l'hygiène sociale, pour la circonscription médicale. Il a un rôle primordial. Non seulement il doit prévenir le Service d'Hygiène, mais c'est à lui qu'il appartient de prendre les premières mesures contre la maladie épidémique qui vient de se déclarer. En effet, le Service d'Hygiène publique peut ne pas être

alerté immédiatement — la question de la distance intervient.

Actuellement, voici comment le Service d'Hygiène est prévenu dans le cas d'une épidémie éclatant dans le Bled. Le médecin de colonisation envoie une carte-lettre au Président de la Municipalité, celui-ci fait suivre à la Direction générale de l'Intérieur, qui prévient le Service d'Hygiène publique.

La seconde carte-lettre est adressée au Contrôleur civil qui fait suivre à la Résidence Générale, laquelle avise la Direction générale de l'Intérieur, qui prévient le Service d'Hygiène publique. Ainsi, le Service d'Hygiène publique est toujours, doublement alerté. Entre temps d'ailleurs, et presque toujours, le médecin de colonisation a téléphoné à l'Inspecteur d'Hygiène.

Le Service d'Hygiène, mis en branle, envoie un inspecteur régional qui va assister le médecin de colonisation.

S'il s'agit d'une maladie pestilentielle, on détermine l'importance de l'épidémie, le nombre de cas déjà déclarés, l'extension à prévoir, et immédiatement est commandé le matériel et le personnel nécessaires, avec, naturellement, les sérums ou les vaccins indiqués.

Dans un second temps, est organisée la lutte contre la maladie. Les procédés varient suivant le cas.

On commence en général par installer les centres d'isolement, constitués par des tentes en quantité suffisante, dressées autant que possible en rase campagne. L'isolement est réalisé par la surveillance constante de spahis de l'Oudjak. Si la zone contaminée est très importante, il est fait appel à la troupe.

Les centres d'isolement comprennent schématiquement trois sections ou groupes de tentes :

d'une part, les tentes réservées aux malades;

d'autre part, les tentes réservées aux individus suspects, aux « contacts »;

enfin, les tentes réservées au personnel médical.

Ce personnel comprend, en plus des médecins, un certain nombre d'infirmiers qui sont les auxiliaires médicaux attachés d'une façon permanente au Service d'Hygiène publique. Il y a également des infirmiers temporaires, recrutés spécialement pour la circonstance. Ce sont en général d'anciens infirmiers militaires. Leur recrutement est assuré, soit par le médecin de colonisation, soit par la Direction de l'Hygiène, qui conserve dans ses dossiers le nom de ces aides courageux, prêts à venir, sur un simple appel, risquer leur vie pour 30 francs par jour.

Une fois l'isolement organisé, on s'efforce de lutter contre la maladie. Les efforts se portent naturellement sur la protection des individus sains.

Le typhus demande la désinsectisation. Celle-ci, en ce qui concerne les effets, est assurée par le procédé du Dr Gobert, qui repose sur l'emploi de sa caisse à sulfuration. En même temps que les individus sont dépouillés et frottés au savon pyrethrix, à l'huile camphrée, leurs hardes sont soumis, dans la caisse, à la sulfuration. Les recherches en cours au laboratoire du Service d'Hygiène permettront bientôt de simplifier toutes ces opérations et de supprimer la sulfuration.

La peste demande également la désinsectisation. Mais, c'est plus difficile dans ce cas, parce qu'après la sulfuration des vêtements, il reste encore à détruire les puces qui se trouvent sur le sol ou dans les maisons. Quand on a affaire à des gourbis ou à des tentes, on les brûle toutes les fois qu'on le peut. Dans les autres cas, on pulvérise des produits désinsectisants, le paradichlorobenzène en particulier.

Pour la peste et le choléra, on procède à la vaccination, accompagnée de séruminisation pour les contacts.

Pour la variole, on vaccine simplement.

Une fois l'épidémie terminée, le dernier malade guéri,

ou mort, la surveillance sanitaire est continuée encore quinze jours à trois semaines, en particulier dans le cas de typhus ou de peste.

La surveillance sanitaire est complétée par la surveillance médicale des décès, intensifiée dans les zones suspectes : toute mort est contrôlée et soumise aux analyses par le médecin ou un auxiliaire médical de confiance.

Dans les grandes villes, les mesures prises contre une épidémie sont simplifiées par l'envoi des malades et des suspects au lazaret.

Lutte contre la Peste

Depuis 1857, date de la dernière épidémie signalée en Tunisie, à Djerba, il semblait que la peste avait déserté. Pendant un demi-siècle exactement, elle ne fit plus parler d'elle. On pouvait croire que l'installation de la France en Algérie d'abord, en Tunisie ensuite, avait suffi pour bannir à jamais la peste de l'Afrique du Nord.

Il n'en était rien malheureusement. La peste a reparu à Tunis en 1907. Depuis, on peut dire qu'elle existe à l'état endémique en Tunisie.

Il nous semble superflu de retracer l'histoire de ces diverses épidémies. Le docteur Bloch, ancien interne de l'Hôpital Civil français, qui a pris personnellement une part active à la lutte antipesteuse, en a fait, dans sa thèse, un exposé lumineux (La Peste en Tunisie, Th. Paris 1929).

Le docteur Bloch, de l'étude qu'il a faite, a pu tirer des conclusions extrêmement intéressantes à tout point de vue. Il a montré, notion en somme assez nouvelle, que le réservoir de virus pesteux, s'il était quelquefois le rat, était encore bien plus souvent l'homme lui-même. Les facteurs étiologiques de la propagation de la peste en Tunisie sont :

la transhumance des Bédouins; l'appel de main-d'œuvre pour les moissons; les « souks » ruraux;

les pratiques rituelles : transports de cadavres dans les lieux saints, visites de condoléances, veillées funèbres.

On relève très peu de cas de peste d'origine murine. Au contraire, la contagion est manifeste.

Et comment pourrait-il en être autrement ?

C'est ainsi, dit-il, que Kairouan, la ville sainte, voit arriver journellement des cadavres transportés à dos de chameau ou de mulet et venant de soixante ou cent kilomètres à l'entour.

« Le corps, écrit-il, ficelé et cordé dans plusieurs lin-céuls, ligoté ensuite après un montant de bois, fait d'une grosse branche d'olivier, qui dépasse la tête et les talons, est arrimé sur le flanc d'un chameau, le conducteur faisant contre-poids de l'autre côté. Et le corps n'ayant subi aucun embaumement ni aucune désinfection, ni, ce qui est pire — et qui est encore actuellement impossible — aucune visite médicale préalable, est acheminé sur Kairouan, qu'il met un, deux, trois jours à atteindre, suivi d'une foule de parents ou d'amis, qui coupent leurs étapes de stations plus ou moins longues dans les douars traversés et aux points d'eau. »

De même, c'est le long de la grande piste qui va de l'isthme de Gabès à Kairouan que l'on constate le plus grand nombre de cas.

La peste suit une route généralement sud-nord. C'est que la source de bacilles de Yersin paraît être pour la Tunisie la région au sud des oasis. En cherchant plus loin, on arrive à la Tripolitaine.

Nous extrayons d'un rapport daté de 1922, du Dr L. Raynaud, inspecteur général des Services d'Hygiène de l'Algérie, délégué de la France à l'Office international d'Hygiène publique, les lignes suivantes :

« En Cyrénaïque, région limitrophe de l'Égypte, on a

signalé depuis longtemps l'existence d'un foyer permanent pesteux; depuis quatre ou cinq ans, une épidémie est née de ce foyer. Elle s'est étendue à Tripoli, a atteint la frontière tunisienne et s'est manifestée en 1926 dans tout le Sud Tunisien. »

Les grandes voies de propagation de la peste sont les voies tracées par les caravanes.

En vingt-quatre ans, la peste s'est manifestée sur le territoire tunisien par 1.215 cas, qui ont causé 585 décès, ce qui fait une mortalité générale de 45 %.

Ces cas se répartissent ainsi :

En 1907 : 13 cas; en 1909 : 1 cas; en 1910 : 6 cas; en 1920 : 48 cas; en 1921 : 12 cas; en 1923 : 38 cas; en 1924 : 20 cas; en 1926 : 424 cas; en 1927 : 249 cas; en 1928 : 11 cas; en 1929 : 31 cas; en 1930 : 35 cas.

Ce sont surtout des formes buboniques; on trouve en effet :

1.055 cas buboniques, suivis de 425 décès;

160 cas pulmonaires, suivis de 160 décès.

Le pourcentage des décès par forme bubonique est en somme élevé (40 %). Il est dû pour une grande part à la dissimulation des cas. Ce point a été parfaitement démontré par le Dr Bloch. « Le Service sanitaire n'est appelé à fonctionner que lorsque la mortalité devient anormale dans une région, et une fois le diagnostic de l'épidémie établi, il reste de nombreuses résistances individuelles à vaincre pour découvrir, isoler et traiter les malades reconnus atteints. Ces observations sont schématisées de façon saisissante dans le diagramme de la contamination de Habria (Souassi, 1927). Ce foyer comporte, en effet, 24 cas, suivis de 12 décès, mais l'étude chronologique des cas met en lumière que les onze derniers cas soumis à l'action du service sanitaire ne comportèrent qu'un seul décès. Nous voyons donc que la mortalité passe de 100 %

à 0,76 % dès la mise en œuvre des mesures prescrites par le Service d'Hygiène. »

La plus grave épidémie de peste pulmonaire est évidemment celle qui éclata à Tunis en 1929. Jamais, sans doute, la capitale n'avait connu un danger aussi grand. L'Histoire rapporte bien des épidémies où il mourait à Tunis trois ou quatre cents personnes par jour. Le recul des temps a très vraisemblablement grossi tant soit peu les chiffres. On peut affirmer que les chiffres auraient été exacts cette fois si, grâce au dévouement des Services d'Hygiène et du corps médical, grâce à l'initiative du Dr Conseil, grâce à la fermeté du Gouvernement, des mesures radicales n'avaient été prises dès la première heure.

Actuellement, la prophylaxie de la peste repose dans le Sud, sur la surveillance des caravanes, assurée par le poste sanitaire fixe de l'Oued Akarit et des postes mobiles.

A Tunis, la morbidité murine est surveillée attentivement.

Des prélèvements de rats sont assurés quotidiennement dans les divers quartiers de la ville. Les rats capturés sont examinés bactériologiquement au laboratoire spécialement affecté à ces recherches, à l'Institut Pasteur.

Malgré ces mesures, on constate encore de la peste de temps à autre.

Lutte contre le Typhus

Le typhus, cette maladie aujourd'hui si commune en pays musulman, fut sans doute connue dès la plus haute antiquité; malheureusement, on l'a longtemps confondue avec les maladies typhoïdes en général.

Pendant longtemps d'ailleurs, les auteurs européens ont cru que c'était plutôt une maladie des régions froides ou tempérées, disparaissant dans les pays chauds à mesure que l'on se rapproche des tropiques.

Pruner Bey et Griesinger, puis Schepp, l'ayant rencontré en France, Léonard et Marit en Tunisie, cette idée disparut, et l'on vit que la bénignité ordinaire des symptômes avait dû créer cette confusion et faire méconnaître une affection qui y est au contraire très fréquente. Il faut arriver jusqu'à la conquête française de l'Algérie pour trouver des documents certains. Les nombreuses relations de l'Algérie et de la Tunisie, et la difficulté des mesures prophylactiques sur les Indigènes circulant entre ces deux régions, expliquent le parallélisme parfait des épidémies dans ces deux pays, comme pour la Peste d'ailleurs.

La première épidémie bien étudiée est celle que Léonard et Marit rencontrèrent, en 1861 et 1862, en Kabylie et à Bougie, et qui paraît être l'extension de celle qui sévissait en Tunisie.

De nouveaux cas sont signalés en 1863; puis, pendant les années suivantes, jusqu'en 1867, ils augmentèrent de nombre pour aboutir à la fameuse épidémie de 1868, qui s'étendit à toute l'Afrique du Nord et dont les médecins militaires nous ont laissé de nombreuses descriptions. Ensuite, on ne rencontre plus que des cas isolés ou de petites épidémies localisées, dont les plus connues sont celles de 1892 qui envahit la Cyrénaïque et la Tripolitaine, et celle de 1898, qui s'étendit jusqu'au Maroc. Il ne se passe pas d'années ensuite sans typhus. Les registres de l'Hôpital Sadiki permettent d'en retrouver la trace, au début de chaque printemps.

Généralement limitée à quelques cas sporadiques, l'épidémie s'est parfois étendue, comme celle de 1906, bien étudiée dans sa thèse par le Dr Conseil, et où l'on put voir une quarantaine de cas, tous originaires de Tunis, soignés à l'Hôpital Sadiki.

De cette historique, il est facile de conclure à l'endémicité du typhus en Tunisie. Chaque année, à la même épo-

que, on retrouve la maladie. Et il n'est pas nécessaire d'insister sur le danger que cela représente. « Ce danger est d'autant plus grand, disait déjà en 1906 le Dr Conseil, que le typhus prend souvent chez les Indigènes une forme fruste, dont le diagnostic peut être très difficile. Nous avons vu combien de médecins de colonisation sont déjà tombés, victimes de leur devoir.

D'autre part, à part l'épouillage, nous n'avons pas d'autre arme contre le typhus.

Voici, pour la ville de Tunis, quelques chiffres, communiqués par le Bureau d'Hygiène Municipal :

Typhus Exanthématique

(Morbidité rectifiée)

Nombre de cas et pourcentage pour 100.000 habitants

(Moyennes quinquennales)

PÉRIODES QUINQUENNALES	Français		Tunisiens Musulmans		Tunisiens Israélites		Italiens		Anglo-Mait. et autres		Ensemble	
	Nombre de cas (moyenne)	Proportion pour 100.000 hab.	Nombre de cas (moyenne)	Proportion pour 100.000 hab.	Nombre de cas (moyenne)	Proportion pour 100.000 hab.	Nombre de cas (moyenne)	Proportion pour 100.000 hab.	Nombre de cas (moyenne)	Proportion pour 100.000 hab.	Nombre de cas (moyenne)	Proportion pour 100.000 hab.
1909 à 1913	7	39	141	188	3	11	8	18	2	27	161	94
1914 à 1918	1	5	37	49	»	»	2	4	»	»	40	23
1919 à 1923	3	13	21	26	»	»	2	4	»	»	26	15
1924 à 1928	1	3	25	30	»	»	2	4	1	14	29	15
Moyenne des vingt années.....	3	15	56	71	1	3	3	7	1	9	64	36

Actuellement, le typhus est assez rare à Tunis même. Les cas signalés sont des malades hospitalisés à Tunis, mais originaires des environs.

Le Cholera

Une grave épidémie de choléra, nous l'avons signalée plus haut, sévit à Tunis dans le milieu du XIX^e siècle.

Le fléau a reparu à nouveau en 1893. Durant trois mois, l'épidémie a fait un certain nombre de victimes dans le quartier israélite de Tunis, amenant 135 décès. L'épidémie resté cantonnée à sept ou huit maisons et s'éteignit d'elle-même.

En 1911, une nouvelle épidémie s'est manifestée, toujours à Tunis. Le premier cas, dit le docteur Conseil, a été signalé en juillet, chez un jeune juif tripolitain, le surlendemain, son père est frappé à son tour. On envoie toute la famille à la Rabta. Puis, de nouveaux cas sont signalés, dus à la mauvaise volonté des familles, qui cachent leurs malades. Dès lors, l'épidémie s'étend avec rapidité. Les indigènes s'enfuient, pris de panique. De nombreux foyers sont signalés, soit dans la banlieue, soit à Zaghouan, Choubane, Chaouat.

En septembre, sous l'influence d'une température excessive, la maladie prend une extension formidable et décourageante. Chaque jour sont signalés au moins dix nouveaux cas. En décembre cependant, les foyers deviennent plus rares, et le mal est enfin circonscrit.

Pendant toute la durée de l'épidémie, 733 individus ont été frappés, dont 427 étaient de Tunis, 261 pour la banlieue et 45 de l'extérieur.

Le bureau d'hygiène a dû lutter à cette occasion, non seulement contre l'épidémie, mais surtout contre le mauvais vouloir des familles des malades, qui ont été, il faut le dire, la cause de l'extension rapide de la maladie.

Depuis 1911, le choléra n'a jamais reparu.

La Variole

La maladie la plus fréquente dans la Régence, disait en 1896 le docteur Loir, fondateur et premier directeur de l'Institut Pasteur, la maladie la plus fréquente est la variole.

Le docteur Dinguizli écrivait également vers la même époque : « Je crois pouvoir attribuer à la variole le chiffre constant de populations des tribus du Sud, qui, depuis la plus haute antiquité, occupent le même espace de terrain, sur lequel elles arrivent à vivre sans jamais avoir eu besoin de s'étendre. Pourtant, chaque année, chaque tente a un enfant; à ce taux, la population devrait augmenter rapidement, si une épidémie ne revenait périodiquement enlever le trop plein de la population enfantine. Aussi, est-il permis de se demander ce que deviendraient les conditions politiques et la richesse de la Tunisie si ces épidémies disparaissaient. »

Aux premiers temps de l'occupation française, on avait pu constater que la variole était pour ainsi dire endémique. Tous les cinq ou six ans, il y avait une recrudescence considérable qui atteignait surtout les jeunes enfants. C'est qu'en effet, les Indigènes avaient constaté que tout le monde contractait de toute nécessité la variole. Ils avaient remarqué également, depuis longtemps, qu'une première atteinte confère l'immunité. Ils en étaient venus tout naturellement à la pratique de la variolisation. Peyssonnel déjà, en 1724, avait mentionné ce fait. Le Dr Dinguizli l'a également observé. Il décrit comment l'inoculation se faisait après prélèvement d'un pus provenant d'un enfant en pleine évolution de variole. « La vaccination de bras à bras, dit-il, se pratique surtout à Tunis par des inoculatrices juives. C'est d'ailleurs une exception rendue très rare par le prix énorme que se font payer ces femmes : elles demandent à Tunis, dans les quartiers les

plus pauvres, six francs pour inoculer, puis elles reviennent au bout de huit jours. Si le vaccin a amené de belles pustules, on doit encore donner deux francs pour la femme, et 2 francs pour l'enfant qui a servi de vaccinifère. »

C'est ce que l'on appelait « l'achat de la petite vérole ».

L'inoculation se faisait également à la main, dans le premier espace intermétacarpien.

« On peut également faire manger à l'individu que l'on veut immuniser, dit-il plus loin, des croûtes de pustules varioleuses que l'on fait dissoudre dans une tasse de lait. »

D'autres fois enfin, on se contente de mener l'enfant à immuniser au chevet d'un enfant malade, en pleine évolution de variole, et de le laisser là trois quarts d'heure.

Le résultat, après cette dernière expérience, ne manque jamais. L'épidémie prend ainsi des proportions effrayantes. Une partie des malades succombe, le reste est vacciné. Pendant quelque temps, on n'observe plus que quelques rares cas sporadiques. Puis, lorsque l'immunité diminue, lorsque de nouveaux enfants sont venus offrir un terrain de culture vierge, l'épidémie reparaît.

C'est ainsi que dans les premiers temps du Protectorat, on assista à des épidémies formidables.

En 1887, dit le Dr Dinguizli, il y eut à Tunis 1.645 décès par variole sur un nombre total de décès de 5.807.

Sur ces 1.645 décès il y avait 1.384 Indigènes (soit 85 %); 101 Juifs (soit 6 %); 160 Européens (soit 9 %).

L'année suivante, la mortalité par variole tombe à 39. Mais en 1894, de nouveau, 870 décès par variole, la mortalité générale étant de 4.459. Les décès se répartissent suivant les mêmes taux qu'en 1887 dans les trois groupes de la population. En 1895, quelques médecins français de Tunis décidèrent d'organiser la vaccination jennérienne. Il fallait d'abord du vaccin.

Le vaccin de France, que certains avaient essayé d'importer — et le Dr Cotton avait été de ceux-là vers 1850 — ne donnait pas de bons résultats. Il fallait créer un centre vaccino-gène. Le Dr Loir en eut l'initiative, aidé du vétérinaire militaire Ducloux. La présence du laboratoire bactériologique de la Régence avec son personnel et ses instruments, permettait de réduire les frais au minimum. Des membres de la Chambre d'Agriculture offrirent les génisses qui devaient servir de vaccinifères, et le gouvernement promit de payer les frais de leur entretien. Le centre vaccino-gène ne tarda pas à fonctionner. Puis il fallut décider les gens à se faire vacciner. Le Dr Lory à l'Hôpital Sadiki organisa des séances de vaccination. Il donnait une certaine somme, trois francs je crois, aux personnes qui consentaient à se faire vacciner.

Les dames de la Croix-Rouge s'employèrent activement.

Puis, le gouvernement institua des tournées de vaccination faites par des médecins.

Grâce à toutes ces mesures, la morbidité par variole a beaucoup diminué. Pendant la guerre, la vaccination fut négligée. Aussi, les épidémies reprirent-elles de plus belle.

Un décret du 5 mai 1922 rend la vaccination antivariolique obligatoire dans la Régence.

Ce décret fait une obligation pour les parents ou tuteurs de soumettre leurs enfants ou pupilles à la vaccination variolique au cours de la première année de leur vie, et à la revaccination entre trois et cinq ans, ainsi qu'entre huit et onze ans révolus. La revaccination est encore obligatoire entre 17 et 21 ans.

Le décret de 1922 permet également à l'administration de rendre immédiatement obligatoire, par arrêté, toute vaccination anti-épidémique, en cas d'épidémie ou de menace d'épidémie.

Dès 1925, devant le retour et la menace permanente de

variole que n'arrêteraient pas les vaccinations des jeunes, en décida d'user des pouvoirs conférés par le décret de 1922.

Actuellement, la lutte antivariolique comprend deux ordres de vaccination qui se superposent sans se confondre :

1) des vaccinations annuelles visant les jeunes générations;

2) des vaccinations générales, revenant en principe tous les cinq ans et qui doivent atteindre la population entière.

Les vaccinations annuelles sont assurées dans les communes par les médecins municipaux, et dans les circonscriptions rurales, par les médecins de colonisation.

1) Dans les communes, les vaccinations et revaccinations sont méthodiquement suivies, grâce à l'emploi du fichier des vaccinations, dont chaque municipalité doit être pourvue. Chaque enfant né ou résidant dans la commune est représenté par une fiche portant, outre le nom de l'enfant, sa date de naissance et les noms et adresses de ses parents, autant de cases que l'enfant doit subir de vaccinations ou revaccinations, jusqu'à sa majorité, avec la mention des dates prévues pour celles-ci.

Au début de chaque année, une lettre circulaire est envoyée aux familles des enfants à revacciner, rappelant l'obligation de revaccination et indiquant les heures et lieux où le médecin se tient à la disposition des assujettis.

Les dépenses qu'entraînent les vaccinations publiques dans les communes incombent aux budgets municipaux.

2) Dans les circonscriptions rurales, les opérations de vaccination se pratiquent suivant un programme établi à l'avance par le médecin de colonisation et d'après un itinéraire préparé par l'administration indigène.

Les vaccinations générales antivarioliques qui se pratiquent tous les cinq ans sur le même point, sont réglées de manière que chaque année une partie du territoire (quatre contrôles civils au minimum) la subit.

Ces vaccinations sont effectuées par des équipes de vac-cinateurs, composées d'auxiliaires médicaux et d'infirmiers temporaires, fournis en général par les services d'hygiène publique. Les équipes, toujours accompagnées d'un représentant de l'autorité, procèdent maison par maison dans les villes, gourbi par gourbi dans les campagnes. Toute personne présente reçoit l'inoculation.

Les médecins municipaux et les médecins de colonisa-tion ont, pour leur circonscription respective, la respon-sabilité et la direction des opérations.

Le contrôle des opérations de vaccination est assuré par l'obligation qu'ont les médecins de fournir chaque année un compte rendu et état numérique des inoculations pra-tiquées.

Ce programme, si judicieusement établi, paraît avoir dé-jà porté ses fruits. La variole est en voie de disparition en Tunisie.

Pour 1930, on a signalé à Tunis 41 cas de variole.

Lutte contre les maladies sociales

On classe généralement sous le nom de maladies sociales la tuberculose, la syphilis, le trachome, le cancer. Ce sont des maladies qui, par leur intensité, leur ubiquité et leur fréquence constituent pour les populations un véritable fléau social entraînant une diminution de la vitalité de la race et constituant un véritable danger permanent pour la santé publique. Elles échappent à la réglementation et aux mesures de caractère administratif de l'hygiène pu-blique.

Elles diffèrent aussi essentiellement des maladies épidé-miques et des maladies locales.

Contre les maladies épidémiques, des arrêtés nombreux ont été pris pour empêcher leur éclosion ou juguler leur développement. L'ensemble de ces arrêtés constitue un ar-

mement assez complet, qui permet au Service de l'Hygiène publique de lutter efficacement contre elles.

Contre les maladies sociales, il est matériellement impossibles de prendre des mesures administratives radicales. C'est pourquoi elles échappent à l'action de l'hygiène publique. Les maladies sociales sont sinon provoquées, du moins entretenues et favorisées par une mauvaise hygiène domestique. Pour lutter contre elles, il faut donc organiser un service qui s'efforce d'une part de faire l'éducation de la population en lui inculquant les règles de l'hygiène élémentaire, et d'autre part qui soit susceptible de rechercher les malades atteints de tuberculose, syphilis, etc., et de les prendre en charge jusqu'à leur guérison. Ce service doit donc être en même temps un service de propagande et un service d'assistance.

Pour répondre à ces desiderata, ont été créés un peu partout des « Offices d'Hygiène sociale et de médecine préventive », dont le rôle essentiel consiste à coordonner les efforts de toutes œuvres publiques ou privées qui peuvent concourir à éteindre les maladies sociales. Depuis 1930, il en existe un à Tunis.

En Tunisie, peut-être plus qu'ailleurs, le besoin d'un service analogue se fait sentir.

L'Hygiène en Tunisie

Le D^r Ch. Comte, qui exerce depuis bientôt trente-cinq ans en Tunisie et qui est actuellement inspecteur d'hygiène, a bien voulu nous communiquer quelques notes publiées par lui dans la Revue Moderne de Médecine et de Chirurgie de juin 1930.

« Dans la lutte contre les maladies contagieuses chroniques, dit-il, il est utile de faire des statistiques, mais les données ainsi obtenues ne constituent qu'un élément du problème. Il est bien plus important de rechercher la cau-

se, peut-être la conséquence des coutumes et du genre de vie de la population atteinte.

« En Tunisie, chez l'Indigène, c'est une coutume générale de n'avoir qu'un seul et même récipient pour boire de l'eau; au café maure, si chacun a sa tasse de café ou son verre de thé, il n'y a qu'un seul grand verre d'eau pour tous les clients; on se le passe à la ronde. Si le sucoir traversant les murs de mosquées n'existe plus qu'à l'état de vestige, dans les souks de Tunis on voit, de place en place, des baquets d'eau où puise le passant avec un quart qui est posé sur une planchette; après avoir bu, le passant reverse dans le baquet l'eau restée dans ce quart.

« Ailleurs, à la campagne ou même dans les maisons de ville, chacun boit à la gargoulette ou dans le vase en terre cuite où l'eau se rafraîchit quelque peu.

« C'est ainsi que dans de nombreuses familles, ont dû s'infecter de syphilis tous les enfants à la fois, et c'est ce qui explique que la syphilis est bien plus souvent une contamination d'enfance qu'une affection vénérienne.

Par contre, dans bien des cas, la tuberculose aurait une origine vénérienne; des statistiques ont déjà prouvé que souvent les filles publiques sont atteintes de tuberculose (36 % d'après Lipmann, à Nancy); si le service médical élimine ou soigne celles qui sont atteintes d'affection vénérienne, la tuberculose n'est pas envisagée comme cause de danger pour leurs clients.

Cependant, ne serait-ce pas ainsi qu'il faudrait expliquer l'origine de la tuberculose chez un bon nombre de jeunes soldats indigènes qui, pourtant, lors du recrutement, sont triés avec soin, d'autant plus facilement que le nombre des conscrits est bien moindre que celui des appelés pour la circonscription.

A Tunis, vers 1902, une enquête faite à l'Hôpital Sadiki, sur les prisonniers qu'on y envoyait malades, démontra

que nombreux étaient les détenus qui, entrés robustes et sains dans la prison, y avaient contracté la tuberculose; la présence, chez nombre d'entre eux, de ganglions cervicaux tendrait à prouver que la contamination devait souvent se faire par le récipient commun qui leur servait pour boire au baquet d'eau potable.

A Tunis, la vieille prison a été désaffectée, une nouvelle a été construite, mais il existe encore en Tunisie, surtout dans d'antiques bastions, des locaux de détention où continue à sévir la tuberculose. Si ces détenus étaient condamnés à vie, seuls les gardiens auraient à craindre l'infection; mais beaucoup de ces malades, leur peine finie, sont renvoyés dans leur famille et ainsi se créent dans les douars, même les plus éloignés, des foyers de tuberculose. C'est ainsi que dans le temps, le typhus se disséminait en Tunisie avant qu'on eut créé dans les prisons un service de désinfection et d'épouillage.

Tant que certains locaux de détention, vieux bâtiments mal agencés et difficiles à désinfecter, ne sont pas désaffectés ou transformés, il subsistera de véritables fabriques de tuberculeux, propageant ensuite le mal dans de nombreuses familles.

Il est évident qu'il peut exister pour l'Indigène d'autres sources d'infection. Un malheureux malade incapable de gagner sa vie peut toujours, en ville, grâce à la solidarité indigène, trouver asile et secours auprès de ses compatriotes ouvriers. Ceux-ci, venus en ville pour travailler, se logent dans des conditions difficiles à imaginer si on n'a visité leur logis. La maison arabe du peuple comprend quatre pièces autour d'une cour. Chaque pièce est louée à une famille; une cinquième pièce donne sur la rue, avec pour tout éclairage une petite fenêtre. Cette pièce, indépendante de la cour, est louée à un indigène qui loue aux ouvriers la place pour se coucher. Souvent même un faux plancher crée à mi-hauteur une seconde pièce avec un trou

dans un coin et quelques barreaux de bois formant échelle. Souvent, dans ces chambres superposées et à peine aérées, on trouvant autant de locataires qu'il y a de fois la surface de leur corps couché. Certaines pièces dans les bains maures sont habitées, la nuit, en hiver, dans les mêmes conditions. Il est aisé de comprendre à quel point ce manque d'air et d'hygiène peut être nuisible à la santé de ces ouvriers.

Pour des raisons identiques, nombre de jeunes gens venus en ville pour suivre les cours dans les mosquées, sont, eux aussi, infectés de tuberculose. Ces étudiants logent dans des médersa, bâtiments composés de nombreuses cellules autour d'une vaste cour. On a pu, depuis quelques années, améliorer l'éclairage et l'aération de beaucoup de ces cellules, mais, par raison d'économie ou manque de ressources, les étudiants s'entassent plusieurs dans une même pièce dont le cube d'air serait juste suffisant pour un seul habitant. Souvent on retrouve à la campagne, atteints de tuberculose et incapables de continuer leurs études, de ces jeunes gens qui étaient partis forts et robustes de leur douar.

Ailleurs, comme dans le Sahel, c'est chez les tisserands qu'on trouve de nombreux tuberculeux; les locaux où ils travaillent sont peu éclairés, encore moins aérés, parfois en contre-bas du sol extérieur. Sous les métiers, qui se touchent, les enfants apprentis, accroupis à terre, bobinent, pour les navettes, la laine, le coton ou la soie. C'est ainsi, en poursuivant des enquêtes dans les populations signalées contaminées, par les statistiques qu'on peut entrevoir, où il est nécessaire d'entreprendre la lutte.

Dans la population féminine indigène, la tuberculose est aussi très fréquente, surtout en ville, où la femme et la grande jeune fille vivent à peu près cloîtrées. Il a été relevé à Tunis, une année, 152 décès par tuberculose de

jeunes indigènes de 16 à 30 ans, la plupart mères de famille.

La tradition et les coutumes des indigènes sont tout-à-fait contraires aux principes les plus élémentaires d'hygiène. Par exemple, si une femme meurt de tuberculose comme de toute autre maladie, ses proches parents, surtout les filles, doivent continuer à habiter la chambre de la défunte; les amies venues pour la visite de condoléance, y restent au moins trois jours, souvent davantage, parfois quarante jours. La pièce ne doit être nettoyée à fond et blanchie qu'au bout de 7 à 9 mois.

On sait que les laveurs et laveuses de mort emportent une partie des effets habillant le cadavre, qui, lors du décès, est vêtu de ses plus beaux vêtements. Il semble bien que ce soit ces mêmes effets qui sont ensuite loués aux familles peu aisées qui veulent aller assister à une noce ou quelqu'autre fête. Ces effets sont achetés dans les souks par des gens spécialisés dans ce genre de location.

On a pu apprendre à certains indigènes le danger de conserver et de porter les effets d'un parent mort de maladie contagieuse; en ville, quelques familles aisées les distribuent aux pauvres réunis dans la rue, près de la porte, pour profiter des reliefs du repas de funérailles. Après des conseils donnés en ce sens, dans un petit bourg de campagne, lors du décès d'un tuberculeux, la famille se partagea les effets renfermés dans le coffre et qu'il n'avait pas portés depuis longtemps, mais les autres effets, ainsi que ses couvertures, furent portés en ville pour être vendus dans les souks. Se défaire des vêtements des morts est de règle chez certains, qui les vendent aux colporteurs de passage; ceux-ci les revendront lors de leur tournée en d'autres lieux ou sur les marchés, naturellement sans les avoir ni lavés ni désinfectés.

La visite des malades et des morts est aussi une coutume et une cérémonie obligatoire. La longueur de la vi-

site est en proportion de l'affection qu'on veut témoigner à la famille; elle peut durer plusieurs jours; on est pendant ce temps logé et nourri; le menu servi peut augmenter l'intérêt qu'on porte à la famille. Cependant, la notion du danger d'infection commence à pénétrer dans tous les milieux indigènes, qui ont commencé à comprendre l'utilité des mesures de prophylaxie prescrites par les médecins lors des épidémies. Mais, malgré le danger prévu ou soupçonné, on n'ose, surtout parmi les femmes, s'abstenir de ces visites rituelles.

Lors d'une épidémie de grippe dans une ville, un médecin, le D^r Arroux, put les faire supprimer en faisant coller aux portes des malades une petite feuille de papier de couleur avec une inscription en arabe et le timbre du Caïd. Il fut sû que les femmes étaient heureuses d'être ainsi dispensées des visites et du danger de contamination.

En Tunisie, l'homme musulman vit surtout hors de chez lui, soit à son travail, soit au café; la maison appartient, le jour, à la femme; elle y règne en maître bien plus que son mari; aussi, lors d'épidémies, c'est bien plus à la femme, et surtout aux plus vieilles, qu'il faut donner des instructions ou des conseils de prophylaxie.

On pourrait même facilement agir sur l'élément féminin indigène, qui est naturellement curieux et fait souvent preuve d'intelligence.

Bien que les femmes soient en théorie assez cloîtrées, elles jouissent de certaines libertés. Elles ont des lieux de réunion, aux bains maures, dans des zaouia (temple de quelque saint) où, parfois, en grand nombre, elles viennent à la fois en visite pour plusieurs jours. On pourrait profiter de ces réunions de femmes pour leur faire des leçons d'hygiène simples et à leur portée.

C'est ainsi qu'on aurait le plus de chance de faire pénétrer « la bonne parole » dans ce milieu encore fruste qui ne demande pas mieux que d'apprendre. Des leçons faites

ainsi dans les zaouïa auraient, sans aucun doute, un grand succès, si elles pouvaient être faites par des dames et si, pour ces leçons, on pouvait se servir du cinématographe.

On s'occupe beaucoup, depuis quelques années, d'une autre maladie contagieuse et chronique, le trachôme, qui a fait l'objet de nombreuses statistiques et de savantes recherches. On prend des mesures pour lutter contre le trachôme dans les écoles; mais c'est peut-être quand les enfants sont encore plus jeunes qu'il y aurait à les soigner et chercher à les préserver de ce trachôme.

Si, au lieu de ne voir et ne soigner que les malades qui viennent à la consultation ou les enfants des écoles, on va à domicile enquêter dans chaque famille, on peut constater à quel point le trachôme est une affection familiale qui se transmet de génération à génération. De l'arrière-grand-mère au plus jeune des bébés, on retrouve ce trachôme sous toutes ses formes; les paupières, presque jointes et clauses de la vieille, montrent ce que deviendront les yeux bouffis du dernier né.

Le geste de la maman vous présentant le petit explique, mieux que toute expérience de laboratoire, comment se fait la contamination. Après s'être essuyé la figure et les yeux malades avec le pan de la draperie qui lui sert de chemise, de robe et de mouchoir, elle cherchera à nettoyer quelque peu les yeux et le nez de son enfant avant de vous le présenter. Depuis des siècles, ce même geste se répète de mère en fille; ne le retrouve-t-on pas parfois en France, où pourtant l'usage du mouchoir est assez généralisé ? Ce procédé de contamination paraît bien plus naturel et plus certain que l'infection par la mouche, si abondante soit-elle.

Il est utile de soigner dans les écoles les enfants atteints de trachôme, mais il serait plus nécessaire de veiller sur eux avant qu'ils aient l'âge d'aller à l'école et de chercher

à supprimer dans chaque maison cette source d'infection en soignant toutes les femmes, même les plus vieilles, que leurs yeux éclairent à peine. Souvent, dans ce milieu, ce qui manque le plus, c'est l'eau, qui permet la propreté du corps et le lavage des linges. Il serait peut-être mieux de fournir des mouchoirs à ces pauvres gens et de leur en apprendre l'usage que de faire la guerre aux mouches, en admettant qu'on s'y décide.

La mouche est de toute évidence une plaie dans bien des régions de la Tunisie, on s'en plaint, on la maudit, mais on lui laisse dans maintes villes toute la liberté pour se reproduire. Elle existe spécialement dans les régions où le trachôme sévit avec intensité. C'est encore en visitant, dans les coins, les maisons indigènes, qu'on découvre la cause de cette prolifération excessive.

Dans les villes près des oasis, l'engrais humain, tout comme en Chine, a une grande valeur, on le conserve avec soin jusqu'au moment où on en a besoin pour les cultures; à Gafsa, par exemple, dans chaque maison il existe une pièce avec une haute estrade en bois percée au centre d'un trou. Cette pièce est contigüe à la rue et à son niveau on voit une ouverture fermée par des pierres sèches (et parfumées). C'est par cette ouverture qu'on sortira un beau jour cette bonne provision d'espérances culturelles — mais, pendant que le tas se sera formé, les mouches auront eu un délicieux centre de reproduction à l'abri du soleil et de l'air.

Donc, si la mouche joue pour le trachôme le rôle néfaste qu'on lui attribue, la première de ces mesures serait de trouver le moyen d'en diminuer le nombre. Ainsi, la lutte contre le trachôme serait à la fois une question de mouchoir, une question d'eau et une question de réseau d'égouts dans les pays où sévit ce mal redouté.

En attendant le jour où ces améliorations seront faites au profit de l'hygiène familiale, on a pu profiter d'une

FREQUENCE DE LA MORTALITE PAR CAUSES
DE 1924 A 1928.

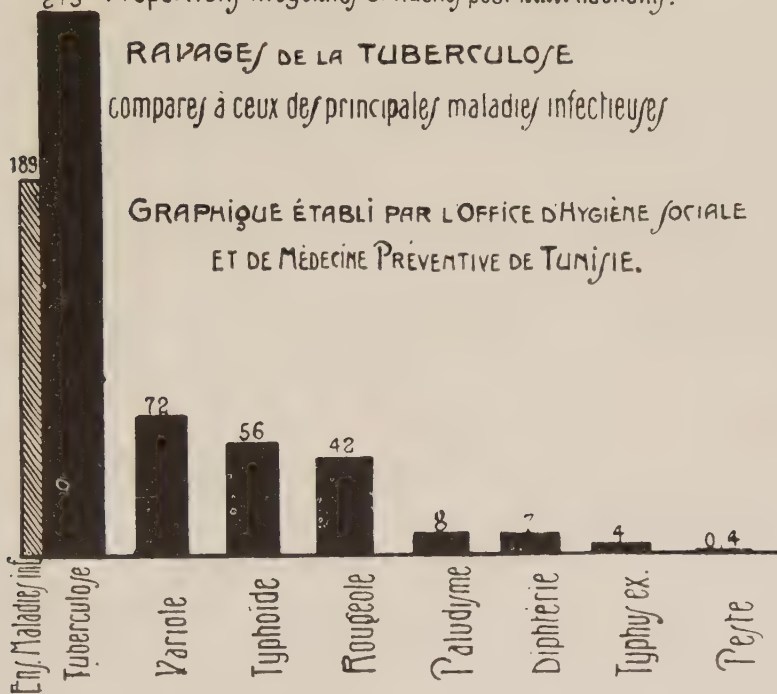
VILLE DE TUNIS.

275 Proportions moyennes annuelles pour 100.000 habitants.

RAVAGE DE LA TUBERCULOSE

comparees à ceux des principales maladies infectieuses

GRAPHIQUE ÉTABLI PAR L'OFFICE D'HYGIÈNE SOCIALE
ET DE MÉDECINE PRÉVENTIVE DE TUNISIE.



coutume indigène pour lutter contre les maux d'yeux : les femmes et les enfants aiment se teindre le bout des doigts et la paume des mains avec du henné. Mais ce produit est cher et des épiciers ont eu l'ingénieuse idée de leur vendre du permanganate de potasse dans le même but. Il parut donc tout indiqué de se montrer généreux avec les femmes et les enfants, dans les familles où sévissaient les maux d'yeux, en leur distribuant de temps en temps de petits paquets de permanganate. Sans avoir rien à leur dire, ces indigènes se faisaient une bonne désinfection des doigts des plus utiles.

Lutte contre la Tuberculose

L'état actuel des statistiques montre un accroissement progressif et constant de la tuberculose en Tunisie.

Il serait évidemment ridicule de prétendre qu'avant l'établissement du Protectorat, la tuberculose n'existait pas chez les musulmans.

Déjà, au XII^e siècle de notre ère, le grand Avicenne connaissait et traitait la tuberculose pulmonaire. Ses ouvrages contiennent, paraît-il, de longs détails sur ses procédés de diagnostic et sur ses méthodes de traitement. Le Dr Dinguizli, membre correspondant de l'Académie de Médecine, a bien voulu nous entretenir du résultat de ses recherches à ce sujet.

Avicenne, dit-il dans une communication faite à l'Académie de Médecine en 1922, arrivait parfaitement à guérir ses phtisiques. Il avait d'ailleurs des méthodes originales. A part le régime spécial où le lait d'ânesse et l'extrait de rose rouge au miel jouent un rôle important, Avicenne traitait les tuberculoses pulmonaires par la ponction des cavernes.

Plus près de nous, des praticiens à qui on peut faire confiance, le Dr Bertholon en 1890, le Dr Loir en 1896, le

D^r Ferrier de Béja en 1900, nous ont rapporté combien ils étaient frappés de la rareté de la tuberculose.

Dans une thèse très documentée sur « la tuberculose chez les Indigènes musulmans en Tunisie » (Paris, 1927), la doctoresse Duplenne montre comment la tuberculose a progressé en même temps que la pénétration européenne.

Que ce soit l'alcoolisme, l'abus du thé, la mauvaise hygiène, les salaires de famine, c'est un fait, la tuberculose augmente chaque année en Tunisie.

« En 1922, dit la doctoresse Duplenne, sur 8.000 malades nouveaux, hommes, qui se sont présentés à la consultation de l'Hôpital Sadiki, 315 étaient atteints de tuberculose pulmonaire vérifiée, soit environ 3,93 %.

« En 1926, sur 9.700 malades nouveaux, nous comptons 400 tuberculeux pulmonaires environ, soit 4,12 %. »

Pour les autres formes, la progression est sensiblement équivalente.

D'après les statistiques relevées par le D^r Conseil pour la ville de Tunis, de 1924 à 1928 inclus, c'est-à-dire pendant une période de cinq années, la tuberculose a causé à Tunis et à elle seule, un tiers de plus de décès que toutes les maladies épidémiques réunies (variole + fièvre typhoïde + rougeole + diphtérie + paludisme + typhus exanthématique + peste).

A Tunis, la mortalité par tuberculose est, depuis vingt ans, près du double de la mortalité annuelle moyenne par tuberculose en France.

Les populations musulmanes sont en particulier les plus touchées, puisque la mortalité y atteint près du triple de la mortalité française.

Il est assez curieux de noter la rareté de la tuberculose chez les Israélites. Le D^r Scialom a publié, dans la Revue des Sciences médicales de Tunis, une étude intéressante sur ce sujet.

Qu'a-t-on fait pour lutter contre la tuberculose en Tunisie ?

La mise en vigueur des lois du 15 avril 1916 sur les dispensaires, et celle du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums (lois Bourgeois et Honnorat) aboutissement de l'active impulsion des idées nouvelles et des expériences réalisées au cours de la grande guerre, déclenchait *en France* un grand mouvement humanitaire et social.

La Tunisie, animée du même esprit, abordait à son tour en 1918 ce grave problème.

Des esprits charitables et hardis, justement émus des ravages de la tuberculose en Tunisie, fondent en 1918 « l'Association tunisienne pour la lutte contre la tuberculose », qui prend bientôt le nom d' « Œuvre Villemin ».

Cette initiative — privée — groupant des personnalités généreuses, grâce à un concours médical aussi dévoué que désintéressé, ouvrait à Tunis, rue Mourad, en avril 1919, le premier dispensaire d'hygiène sociale.

C'est presque vers la même époque qu'était créé, sous le patronage de l'U. F. F., au bord du golfe, un préventorium marin pour les enfants : l'Institut Héliothérapique du Kram.

Les premiers résultats obtenus par l'Œuvre Villemin furent tout-à-fait encourageants. Le gouvernement tunisien reconnaissait d'ailleurs son bien fondé et son utilité en lui accordant une subvention.

Cependant, l'Œuvre n'était pas viable. En 1921, le directeur de l'Hygiène, D^r Gobert, dans son programme minimum, dénonçait le vice originel dont souffrait l'Œuvre Villemin : l'absence de direction technique — six médecins y règnent à tour de rôle, qui ne se ressemblent que par les qualités de leur cœur.

« L'Œuvre Villemin, dit-il, ne donnera tout ce que l'on est en droit d'attendre aujourd'hui d'une œuvre antituber-

culeuse bien conduite, qu'en plaçant à sa tête un spécialiste formé en Europe et qui se dévouera entièrement à ses services. Un tel médecin doit être doublé d'infirmières visiteuses également qualifiées. »

A dater de janvier 1924, l'Œuvre Villemain disparaît, sa caisse vide. Aucun membre de son comité ne se souciait plus de présider une œuvre aussi caduque.

Si l'œuvre a disparu, l'idée est restée. Toute initiative de lutte contre la tuberculose n'a pas disparu.

C'est à Tunis seulement que quelque chose s'est ébauché.

Le triage et le dépistage des tuberculoses se fait dans les diverses consultations. En particulier, pour les musulmans, l'Hôpital Sadiki avec ses consultations pour hommes et pour femmes, que dirigent avec tant de compétence le docteur Broc et la doctoresse M. Nicolle, joue un rôle considérable. De même la consultation médicale internationale de l'Hôpital Civil français, faite par le Dr Bloch.

Les tuberculeux sont toujours hospitalisés dans la mesure du possible.

A l'Hôpital français, existe un pavillon spécial dont le nombre de places est ridiculement restreint.

De même à l'Ospedale Garibaldi, il nous a été permis de visiter le service des tuberculoses pulmonaires contenant une quinzaine de lits.

Pour les musulmans enfin, un service spécial a été aménagé à la Rabta, aujourd'hui Hôpital E. Conseil. Là, des pavillons qui viennent d'être construits offrent une disponibilité de 150 lits environ. Actuellement, ce sont surtout les tuberculoses osseuses qui sont admises à la Rabta.

Comme organismes privés, nous devons citer le Préventorium du Kram, créé en 1920 par Mme Bourges pour venir en aide aux enfants que menace la contagion, l'Institut héliothérapique offrait au début une vingtaine de places. En 1927, le nombre des lits est porté à 100. Actuelle-

ment, l'effectif est de plus de 150. Ceci est d'ailleurs l'effectif normal. En été, l'Institut se transforme en colonie de vacance, permettant ainsi à près de 300 enfants de jouir de l'air et de la lumière des plages.

L'Etablissement, actuellement subventionné par le gouvernement, vit surtout de dons et de fêtes données à son profit par l'U. F. F.

Il reçoit des enfants de toute nationalité, de toute religion, de 10 à 12 ans pour les garçons, 15-16 ans pour les filles.

Deux médecins sont attachés à l'Institut.

Digne en tous points d'éloges et d'intérêt, cette œuvre mériterait de ne pas être la seule et de voir, au point de vue indigène en particulier, des établissements similaires s'organiser.

Depuis peu également, s'est ouvert à Zaghouan un Préventorium pour jeunes filles, offrant une cinquantaine de places.

La Syphilis

Nous avons vu que la syphilis est apparue en Tunisie, aux dires de Léon l'Africain, vers le 15^e siècle, importée par les Andalous et les Juifs chassés d'Espagne. Mais il est inutile d'ajouter que sur sa propagation, la statistique pour les périodes ultérieures, nous ne possédons aucun renseignement.

Les premiers médecins militaires qui exercèrent au lendemain de l'occupation en Tunisie, signalent de nombreux cas de vérole.

Plus près de nous, un professeur de l'Université de Lausanne, le Dr Galli-Vallério, venu en 1907, faire un voyage d'étude en Tunisie, constate que la syphilis y est extrêmement répandue.

« Elle reconnaît comme origine, dit-il, l'hérédité, les rapports sexuels, les contaminations accidentelles, la circoncision. Et il ajoute : la lutte contre la syphilis en Tunisie, me semble impossible tant que les médicaments nécessaires pour la guérir y seront vendus des prix exorbitants. J'ai vu de pauvres nomades qui avaient payé jusqu'à 5 francs un pot de pommade mercurielle. Comment prétendre à ce qu'ils se soignent ?... »

De fait, rien d'officiel n'a été entrepris pour la syphilis jusqu'à la fin de la guerre. Toute prophylaxie était écartée, même pour les filles publiques. L'article 23 de l'arrêté du 24 novembre 1903 qui réglementait le service des mœurs en Tunisie interdisait aux filles publiques tous soins autres que ceux qu'elles pouvaient recevoir à l'hôpital. Le Dr Gobert, en 1915, dénonçait le danger que ce manque d'organisation présentait pour la santé publique. Au début de 1919, enfin, était inauguré, sous l'active direction du Dr Jamin, des services annexes rattachés à l'Hôpital Sadiki et à l'Hôpital Civil Français à Tunis.

Ces deux services soignent gratuitement tous les syphilitiques qui se présentent aux consultations des deux hôpitaux, grâce à un budget particulier, indépendant du budget hospitalier.

De 1919 à 1921, soit pendant une période de trois ans, il a été pratiqué, pour la seule ville de Tunis, un total de 8.647 injections.

En 1921, le Conseil consultatif d'hygiène trouvant que les efforts du Gouvernement sont insuffisants, établit les principes généraux de la lutte antisiphilitique : puisque les services annexes ne suffisent pas, il faut encourager les initiatives privées. La fourniture gratuite des produits thérapeutiques est assurée aux dispensaires de la Croix Rouge, à Tunis, aux médecins de colonisation pour l'intérieur.

En 1923 sont distribuées 11.551 ampoules.

En 1926 sont distribuées 30.880 ampoules.

En 1921, également, le premier essai de traitement systématique des prostituées est inauguré à Sousse, grâce à l'initiative et à la collaboration du médecin municipal et du laboratoire de M. Diacono. Toutes les femmes reconnues syphilitiques, sont traitées régulièrement, la visite sanitaire étant mise à profit pour l'administration des injections mercurielles ou arsenicales. Avant, au cours et dans les intervalles de traitement, des séroréactions indiquent la marche et les progrès de la stérilisation.

En 1923, un service analogue est organisé à Kairouan.

La Direction de l'Hygiène, frappée des bons résultats obtenus à Sousse propose au Gouvernement une nouvelle réglementation de la police spéciale. Promulgué sous forme d'arrêté, le nouveau règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 1923, appliqué à toute la Tunisie.

D'après le règlement, les prostituées sont tenues de se soumettre au moins une fois par semaine à la visite médicale et deux fois par an à la réaction de fixation (Art. 23). Toute femme présentant une réaction de fixation positive ou ayant montré récemment des accidents de syphilis active ayant ou non entraîné son admission à l'hôpital, recevra un traitement d'entretien. Son passage au dispensaire sera mis à profit pour lui administrer le dit traitement (Art. 25). Les frais d'hospitalisation ou de traitement sont à la charge de la municipalité (Art. 29).

Le contrôle sérologique se fait régulièrement pour Tunis, à l'Institut Pasteur qui reçoit également les sérums à analyser de toute la région nord. La région du centre s'adresse au laboratoire régional de Sousse; la région sud, à Sfax.

La prophylaxie de la syphilis chez les prostituées s'est continuée suivant le même plan jusqu'à aujourd'hui.

Cependant, en 1925, les services antisypilitiques des hôpitaux de Tunis sont réorganisés. Alors que les services annexes que dirigeait le Dr Jamin constituaient un organisme indépendant, au contraire, les nouveaux services dépendent de l'Administration hospitalière générale.

1° A l'Hôpital Sadiki, il y a consultation les lundis, mercredis, vendredis. Malheureusement, le service ne possède ni salle de consultation, ni salle de traitement, et doit emprunter les locaux de la consultation médicale. Cependant, chaque année, le nombre des syphilitiques pris en charge par Sadiki, augmente notablement :

1919 :	155	cas	nouveaux;
1920 :	639	—	—
1921 :	794	—	—
1922 :	882	—	—
1923 :	881	—	—
1924 :	746	—	—
1925 :	1398	—	—
1926 :	1978	—	—
1927 :	1351	—	—
1928 :	1519	—	—

Mais l'indice thérapeutique individuel est de 4 ou 5 piqûres environ.

L'indigène musulman n'a pas assez de persévérance pour continuer à se faire piquer lorsqu'il est blanchi de ses lésions. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les femmes viennent volontiers se faire traiter. Leur proportion par rapport au nombre total des consultants est de 30%.

2° A l'Hôpital Civil fonctionne un service analogue, qui sur le modèle de Sadiki, n'a pas de local. Les consultations, internationales, ont lieu le mardi, de 8 h. 30 à 10 h. 30, et le jeudi, de 9 h. à midi.

Nombre de syphilitiques traités :

1919 : 16 cas nouveaux

1920 : 47 — —

1921 : 91 — —

1922 : 103 — —

1924 : 94 — —

1925 : 393 — —

1926 : 556 — —

1928 : 300 — —

L'indice thérapeutique est ici plus élevé qu'à Sadiki : en moyenne douze injection et demie. Ceci tient, d'une part, à ce que les Européens ont davantage conscience de la gravité de leur maladie, et d'autre part, à ce que la majorité habite Tunis même.

Les services officiels sont assistés d'un grand nombre de consultations :

Union des Femmes de France;

Société de Bienfaisance Musulmane;

Société de Bienfaisance Israélite;

Dispensaire Alapetite.

En 1929, 91.000 injections thérapeutiques y ont été faites.

Enfin, la Direction assure la fourniture d'arseno-benzol aux médecins de colonisation.

Cet ensemble de mesure est évidemment efficace, mais peut encore être amélioré.

En 1927, le Dr Cassar, médecin chef du service de syphiligraphie, mettant en évidence les inconvénients graves du système actuel, propose une réorganisation sur des bases nouvelles. Il demande la création d'un dispensaire édifié à l'Hôpital Civil, auquel il doit être rattaché — dispensaire central où seraient traités tous les syphilitiques.

En 1929, il propose de nouveau un programme de lutte antisypilitique.

Les mesures à envisager pour lutter efficacement contre la syphilis, d'après le Dr Cassar, sont :

- 1° l'organisation d'un dispensaire municipal;
- 2° l'organisation de consultations spécialisées dans les dispensaires privés (Croix Rouge);
- 3° liaison étroite entre les différents centres antisypilitiques par l'attribution à chaque malade d'un carnet individuel, et la création d'un fichier clinique et sérologique;
- 4° édification de dispensaires réservés aux marins du commerce, et distribution gratuite de médicaments aux malades semi-indigents qui en feront la demande;
- 5° réorganisation de la surveillance sanitaire de la prostitution, en facilitant leur tâche aux médecins en
 - groupant les prostituées en un quartier unique;
 - utilisant le dispensaire municipal comme centre de dépistage et centre de traitement;
 - transformant en police sanitaire la police des mœurs;

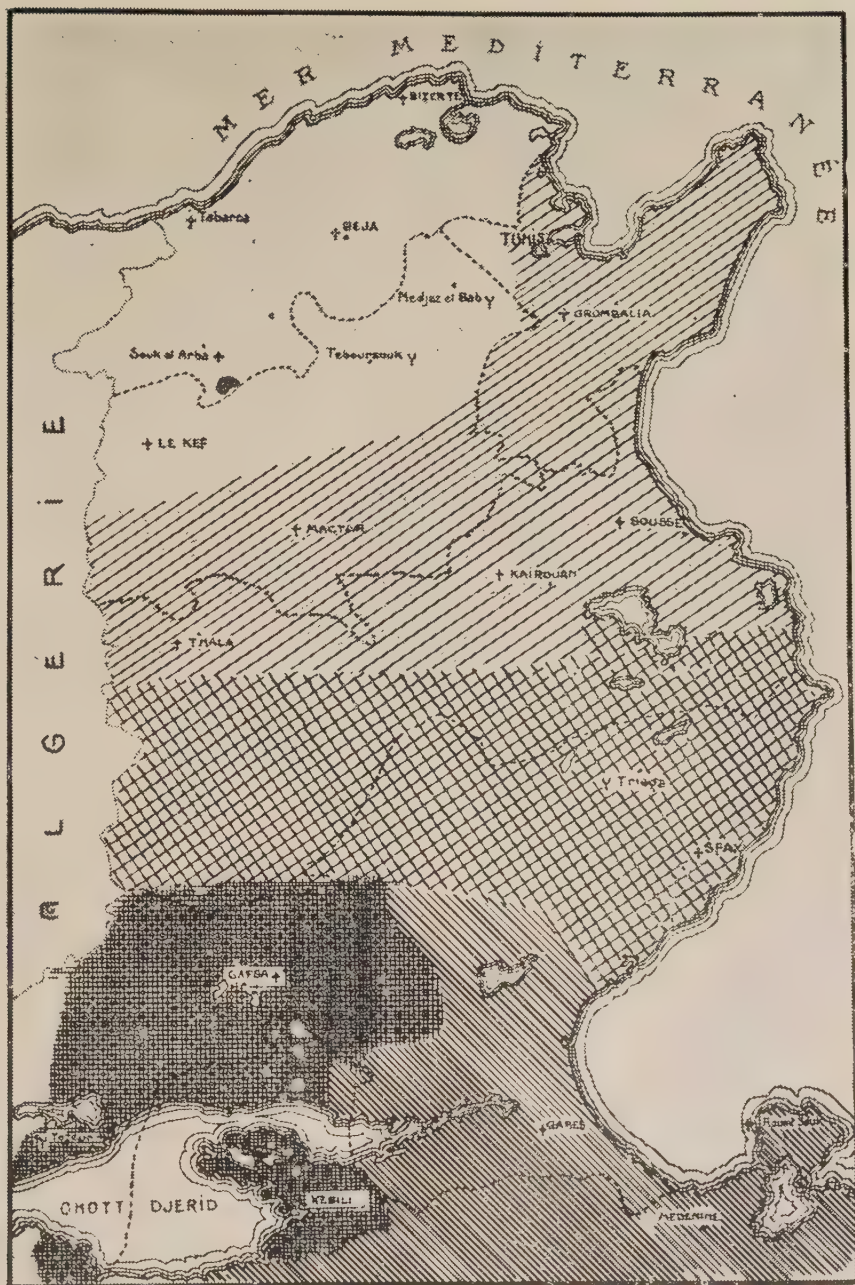
En 1930, ce projet a commencé à être mis à exécution. Le dispensaire construit à l'Hôpital Civil est prêt à ouvrir ses portes. Attendons les résultats.

Le Trachome

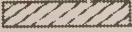
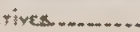
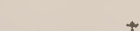
Les maladies des yeux sont extrêmement fréquentes dans toute la Tunisie — et depuis très longtemps. Vers 1805, le Dr Frank, qui pourtant revenait d'Egypte, était surpris de voir le nombre des aveugles de Tunis et l'abondance des ophtalmies. Il avait même trouvé une explication ingénieuse. L'évaporation des eaux du lac, dit-il, met en suspension dans l'air une quantité de gouttelettes d'eau salée. Ces gouttelettes se déposent sur la con-

PREVALENCE DU TRACHOME
DANS LES DIVERSES RÉGIONS DE LA TUNISIE
 d'après le Docteur Cuénod

Revue Internationale contre le Trachome, Avril 1920



LEGENDE

0 A 10 %		50 % & AU DESSUS	
10 A 20 %		LIMITES ADMINISTRATIVES	
20 A 35 %		CONTROLE CIVIL	
35 A 50 %		CAIDAT	

jonctive. L'eau est absorbée, le sel reste. L'irritation produite par le sel cause l'ophtalmie.

Depuis le Protectorat, de nombreux auteurs se sont occupés de la question des maladies des yeux.

Le Dr Bruch avait noté la fréquence des conjonctivites saisonnières et l'abondance des trachomateux chroniques. Le dixième de la population, d'après lui, présente des granulations sur la conjonctive.

A Tunis, il a été noté une proportion de 50% de trachomateux parmi les consultants, soit à la clinique privée du Dr Cuénod (période de 1900 à 1920, portant sur 80.000 malades), soit à l'Hôpital Sadiki.

Des statistiques plus récentes, faites en 1921, par le Dr P.-J. Petit, sur les enfants des écoles du Sud Tunisien, montrent que « la contamination trachomateuse s'exerce dans une proportion qui va de 90 % (région de Gafsa) à 98% (région de Nefta).

Les chiffres relevés récemment par le Dr Talbot, correspondent entièrement à ceux du Dr Petit.

Le trachome est donc un véritable fléau social, d'autant plus grave qu'il évolue sournoisement. Les conjonctivites purulentes se manifestent par des symptômes toujours violents. Le trachome débute généralement sans bruit; il peut évoluer pendant des mois, sans que rien ne viennent attirer l'attention. Seules les complications, généralement graves (trichiasis, ulcère de la cornée, leucomes, staphylomes) attirent l'attention du malade lui-même, et le poussent à aller consulter, alors qu'il est quelquefois trop tard.

C'est par la gravité de ses complications que le trachome dispute au paludisme la première place parmi les grandes endémies destructrices sinon de vies humaines, au moins d'énergies et d'utilités sociales.

La lutte contre les maladies des yeux n'a intéressé les pouvoirs publics que récemment.

Cependant, dès 1897, la Société française de Bienfaisance avait organisé parmi ses services de consultations gratuites internationales une consultation antiophtalmique dont s'occupait le D^r Deloulme. Puis, l'initiative du D^r Cuénod assurait des soins gratuits à un nombre grandissant, chaque année, de personnes présentant des affections oculaires. Une subvention — minime — venait, dès 1904 consacrer les services rendus par la clinique de la rue Zarkoun.

Les recherches poursuivies à partir de 1907, par Ch. Nicolle et ses collaborateurs sur le virus trachomateux et ses modes de transmissions attiraient l'attention de l'opinion publique.

En 1913, un service des maladies des yeux était ouvert à l'Hôpital Sadiki, sous la direction du D^r Blutel, ancien interne de l'Hôpital, qui ne devait y rester qu'un an.

Dès la fin de la guerre, la lutte contre le trachome a repris. A Tunis, l'Ambulatorio Cirincione vient en 1919 organiser la protection de la colonie italienne contre les maladies des yeux.

Ainsi la capitale, avec ses cliniques et le service ophtalmique de l'Hôpital Sadiki, possédait une protection suffisante.

Dans l'intérieur, rien n'avait été prévu.

Un dispensaire antiophtalmologique était créé à la fin de 1919, à Sfax. Ce dispensaire dirigé par un oculiste municipal, le D^r Junès, aidé par la Croix Rouge, devait assurer la lutte antitrachomateuse dans une grande partie du Sud. Malheureusement, les ressources financières mises à sa disposition sont minimales.

En 1921, avec la création d'une Direction de l'Hygiène, la Tunisie semble entrer dans une ère nouvelle. Pour la

première fois la rubrique « lutte contre le trachome » est inscrite au budget tunisien.

En automne 1921, le Dr Petit est chargé par le Protectorat de procéder à une enquête sur la densité, la répartition et les conditions générales du trachome dans la Régence, et de tracer un plan d'action prophylactique. Le Dr Petit conclut que les mesures thérapeutiques doivent s'accompagner d'une propagande antitrachomateuse énergique. « La large diffusion du trachome dans l'Afrique du Nord, dit-il, est due en grande partie à l'ignorance et à la saleté. Il faut instruire les enfants et pour cela apprendre aux instituteurs la nature, la contagiosité et la prophylaxie du trachome. »

En 1923, le Dr Cuénot est chargé de faire des cours dans les Ecoles normales. Puis une brochure est éditée, en 1924, par les soins de la Direction générale de l'Intérieur à l'usage des instituteurs de la Régence.

En 1925, est créée la Section tunisienne de la Ligue contre le trachome.

En 1927, pour lutter contre l'extension du trachome, en particulier dans le Sud tunisien, des tournées périodiques sont organisées. Un oculiste de Tunis passe à intervalles réguliers (une fois par mois), à Gafsa, Tozeur, Gabès. Mais l'efficacité de cette organisation est compromise par le peu de fréquence des tournées périodiques dû, évidemment, à l'éloignement des centres, et à l'absence de dispensaire ophtalmique.

Au début de 1930, l'assistance antiophtalmique du Sud tunisien est réorganisée. Le système des tournées périodiques persiste bien que modifié. Le centre de base est Sfax où réside le spécialiste chargé des tournées. A Gafsa, Tozeur et Gabès sont aménagés des dispensaires ophtalmiques. A Gafsa, le dispensaire a été construit spécialement, à Tozeur et à Gabès, c'est simplement un local

aménagé dans l'infirmerie-dispensaire. Le médecin spécialiste vient passer une semaine à chaque centre. Il voit les malades, les opère ou les traite aidé par un infirmier spécialisé qui, lui, réside à demeure dans chaque « bit el aïnine » et est chargé de continuer les traitements en l'absence du docteur.

L'assistance antiophtalmique d'abord réservée aux villes du Sud, s'est étendue progressivement à toutes la Tunisie. Actuellement, existe un ensemble de tournées périodiques qui couvre presque tout le territoire et qui dépend de l'Office d'Hygiène sociale.

A Sousse, deux oculistes assurent une tournée hebdomadaire, l'un à Kairouan, l'autre à Mahdia.

Dans le Cap Bon, une consultation ophtalmique est faite à Grombalia par le médecin de colonisation, à Nabeul par un spécialiste venu de Tunis une fois par semaine.

Des consultations sont de même effectuées par les médecins locaux, à Souk-el-Arba, Béja, Le Kef, Porto-Farina et Ferryville.

Le système des tournées va d'ailleurs prochainement être perfectionné et étendu.

Il n'est pas encore possible de juger des résultats.

Le Cancer en Tunisie

L'histoire du Cancer est en somme récente. Mieux étudiée depuis quelques années, par là même mieux connu, le cancer a paru augmenter de fréquence.

Quelques auteurs se sont occupés de la statistique du cancer en Tunisie : Molco, Vaquier, Lévy ont donné les résultats de leur pratique de clientèle. R. Girard, ancien interne de Sadiki, dans sa thèse (Paris 1912), a fait une étude approfondie du Cancer en Tunisie. D'après ses recherches

faites dans les hôpitaux de Tunis, le cancer serait une affection assez rare. En moyenne, par année, on relève une soixantaine de cas de tumeurs malignes pour un total moyen de 6.000 hospitalisations.

Le Dr Girard avait d'ailleurs été frappé par un fait : alors que les Européens ont un chiffre de décès par cancer comparable à celui de leur pays d'origine, les musulmans et les juifs offrent au contraire une proportion excessivement faible :

Chez les Européens : 2,7 % des décès généraux.

Chez les Israélites : 1,1 % des décès généraux.

Chez les Musulmans : 0,6 % des décès généraux.

D'autre part, pour les localisations, le siège le plus fréquent pour les Européens de Tunis est, comme en Europe, le tube digestif et l'utérus; pour les Israélites, les organes génitaux de la femme semblent être le siège de prédilection des tumeurs malignes. Chez les musulmans, au contraire, on trouve en majorité des cancers du foie et des sarcomes osseux.

Enfin, en dernier lieu, la comparaison des statistiques montre que le Cancer est, sous toutes ses formes, moins fréquent en Tunisie qu'en France.

En 1923, le Dr Conseil a repris l'étude de la question du cancer en Tunisie, avec de nouvelles statistiques. Ses conclusions concordent entièrement avec celles du Dr Girard.

Les Européens ont une mortalité par cancer élevée :

Français : 75,6 pour 100.000 habitants et 5 % des décès.

Italiens : 41,1 pour 100.000 habitants et 2,2 % des décès.

Au contraire, les Indigènes musulmans ou israélites ont une mortalité assez faible.

Musulmans : 23,7 pour 100.000 habitants et 0,6 % des décès.

Israélites : 47,7 pour 100.000 habitants et 1,6 % des décès.

L'immunité relative à la race sémite a déjà été signalée, dit le Dr Conseil, dans plusieurs villes, à Londres, à Amsterdam, au Caire.

En somme, l'allure générale du Cancer en Tunisie n'aurait rien de spécial.

En 1926, une étude faite par notre maître, le docteur Brun, aboutit aux conclusions suivantes :

1) Le nombre des cas de cancer constatés semble augmenter. Mais il ne faut pas en conclure trop vite à l'extension du péril cancéreux. Il faut tenir compte de ce que les Indigènes se font de plus en plus soigner, et de la précision plus grande du diagnostic.

2) Toutes les formes du cancer existent chez les Indigènes, mais dans des proportions très inférieures à celles observées en France, ou chez les Européens de Tunisie. Cependant, les sarcomes sont particulièrement fréquents.

3) Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes.

Il existe en Tunisie une section de la Ligue française contre le cancer. Mais, jusqu'à présent, on n'a pas fait grand'chose pour lutter officiellement contre ce fléau.

Le Dr Jaubert de Beaujeu a bien voulu nous communiquer les renseignements suivants :

Il n'existe pas en Tunisie de centre spécialisé pour le traitement des cancers.

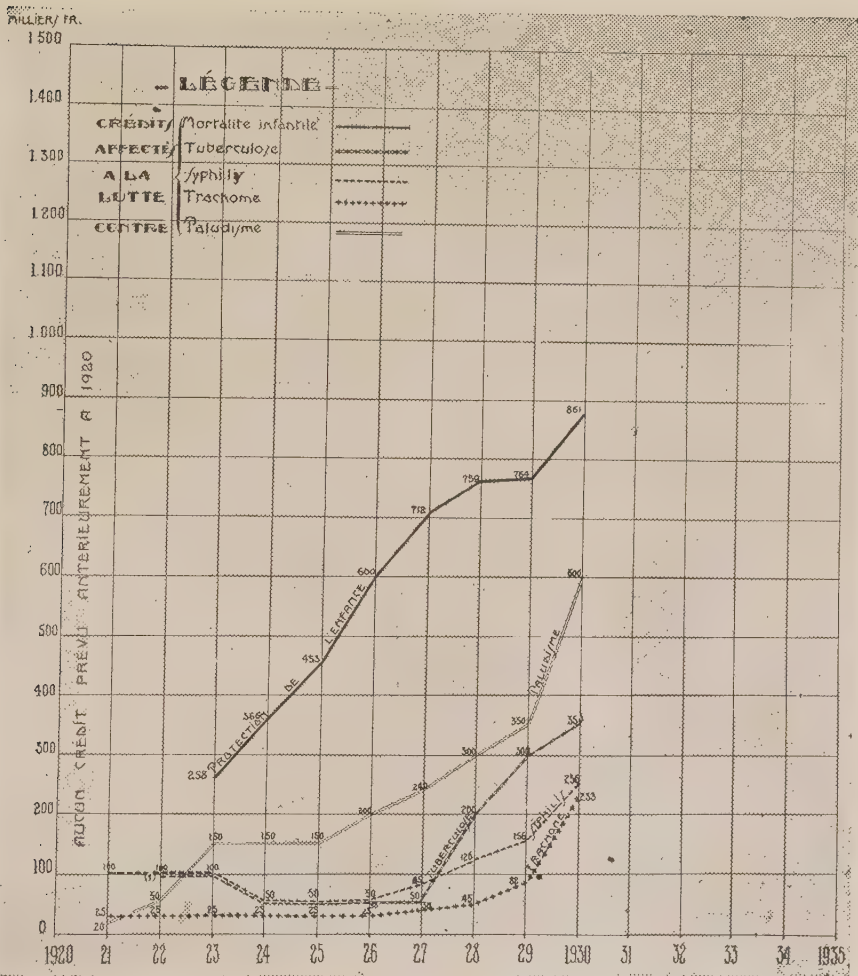
Tous les chirurgiens, médecins et spécialistes de l'Hôpital Français et de l'Hôpital Sadiki participent à la lutte anti-cancéreuse et traitent dans leurs services respectifs les malades, soit chirurgicalement, soit médicalement, soit par la curiethérapie, avec la collaboration du docteur Jaubert de Beaujeu, qui, depuis 1920, met à la disposition des hôpitaux les quantités de radium dont il dispose.

Jusqu'en 1927, les malades justiciables de la roentgenthérapie étaient traités avec des appareils de puissance

PROTECTORAT FRANÇAIS - RÉGENCE DE TUNIS

CRÉDITS AFFECTÉS A L'HYGIÈNE SOCIALE

Graphique établi par l'Office d'Hygiène Sociale et de Médecine Préventive



moyenne (125.000 volts), à ce moment un générateur à 200.000 volts a été installé dans le laboratoire de radiologie de l'Hôpital Français pour la thérapie très pénétrante. C'est là que sont adressés les cancéreux français, musulmans et étrangers qui doivent être soumis aux rayons X.

Les traitements suivants sont pratiqués :

1° Traitements préventifs et complémentaires après opération chirurgicale ou application de radium.

2° Traitements palliatifs des inopérables.

3° Traitements curatifs des cancers justiciables de la rontgenthérapie seule.

L'Office d'Hygiène Sociale

Comme nous venons de le voir, la lutte contre les maladies sociales en Tunisie est en bonne voie. Mais il est bon de remarquer que les résultats acquis ont été dus à l'initiative privée. De la part du gouvernement, rien n'avait été prévu, jusqu'en 1930, à ce point de vue.

En avril-mai 1928, un voyage d'études avait été fait en Afrique du Nord par M. Viborel, secrétaire général de la Commission de propagande de l'Office National d'Hygiène sociale à Paris, accompagné du D^r Cavaillon, chef du service de prophylaxie des maladies vénériennes au Ministère de la Santé publique, et du D^r Evrot, sous-directeur du Comité national de défense contre la tuberculose.

Le rapport rédigé par la mission esquissait un plan général d'organisation des services d'hygiène sociale en Tunisie. Il concluait à « la nécessité primordiale de créer un organisme central de documentation et de propagande éducative d'hygiène sociale, chargé en même temps de coordonner les efforts des Œuvres privées, du Corps médical et des Pouvoirs publics, d'animer et de contrôler l'action des grands Comités ou Liges, à qui l'Etat a délégué

en les subventionnant la mission de lutter contre les diverses maladies sociales qui ravagent les populations de la Régence ».

Le 17 janvier 1930, enfin, un décret beylical crée à Tunis un « Office d'Hygiène sociale et de médecine préventive ». Cet office, bien que rattaché à la Direction Générale de l'Intérieur, et partie intégrante de l'Administration, a de par ses statuts une indépendance d'action expressément voulue et absolument indispensable au bon fonctionnement de ses services.

L'Administration centrale, établie dans un cadre rigide, ne disposant que d'un budget minutieusement prévu et limité à l'avance, doit être secondée dans son action purement administrative par un organisme dont la souplesse d'action technique et financière soit susceptible de s'adapter aux conditions si complexes et si variées de la lutte contre les fléaux sociaux. C'est pourquoi, tout en conservant un caractère d'établissement public, l'Office d'Hygiène sociale et de médecine préventive tient également de l'institution privée, par son mode d'organisation et par la souplesse de son fonctionnement, condition essentielle pour conserver l'unité de front dans la lutte contre les maladies sociales, et exercer une action efficiente et pratique.

Le fonctionnement de l'Office est réglé par l'arrêté résidentiel en date du 28 novembre 1930 (J. O. T. du 15 décembre 1930, p. 2631).

L'Office est administré par un Conseil d'Administration qui compte, outre cinq membres de droit et vingt membres élus par le Grand Conseil de Tunisie, vingt-cinq membres nommés par le Résident Général et choisis à la fois parmi les fonctionnaires attachés aux Services publics d'Hygiène, d'Assistance et de Prévoyance et parmi les personnalités compétentes en matière d'hygiène sociale (représentants du Corps médical de Tunisie, membres des Associations

ou Ligues privées de lutte contre les maladies sociales, etc.).

Il est dirigé par un directeur nommé au concours, obligatoirement docteur en médecine, assisté d'un administrateur délégué, ordonnateur des dépenses.

L'action de l'Office s'étend aux diverses régions de la Tunisie, par l'intermédiaire des « Commissions régionales d'Hygiène et de lutte contre les maladies sociales », créées par arrêté en date du 28 novembre 1930 (J. O. T. du 13 décembre 1930, p. 2623).

Ces Commissions régionales siègent dans chaque chef-lieu de la Région. Elles ont pour but de lutter contre les maladies sociales, sur le territoire de leur Région, sous la direction de l'Office. Les principales personnalités des assemblées élues, de l'Administration ou des Associations privées, en font partie.

Ces Commissions se réunissent deux fois par an, sous la présidence du Contrôleur civil de la Région.

Dès sa création, l'Office d'Hygiène sociale s'est mis au travail.

Il comprend actuellement diverses sections :

Section de propagande éducative et sanitaire;

Section de lutte contre la tuberculose;

Section de lutte contre les maladies vénériennes;

Section de lutte contre le trachôme;

Section de lutte contre la mortalité infantile et de protection de l'Enfance.

Sa création est encore trop récente pour qu'on puisse donner des résultats.

Son activité s'est spécialement portée, en 1930, sur la vente du Timbre antituberculeux, qui a produit la coquette somme de 280.000 francs.

Conclusions

L'œuvre sanitaire de la France en Tunisie peut facilement être évaluée.

Au moment de l'établissement du Protectorat, nous l'avons vu, seule la charité privée avait envisagé l'assistance aux malades et encore, dans un domaine très restreint. L'Hôpital Sadiki, moitié asile d'aliénés et moitié hospice d'incurables, n'offrait pour ainsi dire aucune ressource médicale et encore moins chirurgicale. Ses cinquante lits étaient nettement insuffisants pour les quelque 100.000 habitants de Tunis.

Dans l'intérieur, à part Sousse et Sfax, où existaient deux formations analogues d'une dizaine de places, il n'y avait rien. Les malades ne se soignaient pas ou bien avaient recours à des guérisseurs plus ou moins charlatans qui employaient les médications empiriques que leur avait léguées la tradition. Cette absence d'assistance médicale strictement musulmane était compensée, grâce à la présence dans les villes de médecins européens, et grâce aux organisations pieuses entretenues par la charité européenne.

Il appartient à la France de mettre entièrement sur pied l'organisation sanitaire de la Tunisie.

Des médecins communaux dans toutes les villes, 40 médecins de colonisation dans les campagnes, 25 hôpitaux et infirmeries dispensaires, voilà l'œuvre médicale.

Des services d'hygiène possédant tous les moyens nécessaires pour lutter efficacement contre les maladies épidémiques ou sociales viennent compléter l'ensemble.

Qu'on ne vienne donc pas nous dire — comme nous l'avons entendu quelquefois — comme nous avons pu le lire dans certains journaux tunisiens — que la France n'a rien fait au point de vue sanitaire en Tunisie.

Les chiffres sont là pour prouver l'utilité de ce labeur continu.

Les témoignages des divers auteurs qui se sont occupés de la Tunisie, aux environs de 1880, concordent, à peu de choses près.

D'après le capitaine Zaccane (notes sur la Régence de Tunis, Paris 1875), la population totale de la Tunisie est de 1.700.000 habitants, dont 25.000 pour Tunis. Il y a sept villes de plus de 5.000 habitants, il n'y en a qu'une après Tunis, de plus de 10.000 habitants : c'est Kairouan.

D'après Mgr Baunard (le Cardinal Lavigèrie, Paris 1896), la population totale de la Tunisie est de 1.600.000 habitants dont 110.000 pour Tunis.

A ces chiffres, on peut opposer le résultat du recensement de 1926 (ceux du dernier recensement n'étant pas encore connus).

Population totale : 2.159.708 habitants. Il y a treize villes de plus de 10.000 habitants, cinq de plus de 20.000. Tunis a 185.956 habitants.

Le nombre des Musulmans est passé de 1.500.000 (Mgr Baunard) à près de 2.000.000 (1926), augmentant ainsi d'un tiers.

Loin de nous l'intention de considérer la tâche de la France comme terminée.

L'œuvre sanitaire n'est pas encore parfaite; elle se poursuit. Il reste des hôpitaux à construire, des dispensaires à outiller. La Tunisie n'a pas de sanatorium. Elle n'a pas d'établissement où l'on puisse traiter les tuberculoses osseuses.

La pratique des accouchements n'est pas surveillée, surtout en milieu indigène. Il est urgent de créer, sur les modèles qui existent en Indochine ou à Madagascar, une école de sages-femmes.

C'est surtout du côté des services d'hygiène que des perfectionnements devraient être apportés.

Si la lutte contre les maladies contagieuses est bien organisée, il n'en est pas moins vrai que nous ne pouvons rien contre l'apparition des épidémies de peste que les Bédouins apportent du Sud, ou de typhus que certaines années de mauvaise récolte font éclore ça et là dans les campagnes.

Si la lutte contre la syphilis est en bonne voie, si l'assainissement des régions palustres se poursuit activement, si le trachome commence à diminuer d'intensité, il reste encore la Tuberculose, le Cancer contre lequel rien n'a été fait, et la Bilharziose, nouveau fléau qui menace d'envahir les oasis du Sud.

Le perfectionnement des Services d'hygiène de la Tunisie pourrait peut-être s'inspirer de ce qui existe en Algérie ou au Maroc.

Au Maroc, la caractéristique qu'il faut mettre tout de suite en lumière, c'est l'unité de direction entre les mains d'un médecin, directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques, assisté de médecins conseillers techniques ou inspecteurs des services.

Le statut qui régit le service a confié au directeur toutes les attributions concernant la santé publique : assistance médicale européenne et indigène dans les villes et les campagnes, hygiène urbaine et rurale, épidémiologie, prophylaxie générale et prophylaxie spéciale, santé maritime, et d'une façon générale toutes les questions intéressant la protection sanitaire du pays.

Chef responsable de ses services, ce directeur a, d'une part, la direction effective de tous les organismes sanitaires et médicaux du Protectorat, d'autre part, le contrôle et la surveillance technique des œuvres d'assistance privée.

« Cette concentration des attributions dans une seule main, a dit le professeur Léon Bernard, est le principe essentiel qui fait non seulement la nouveauté, mais l'efficacité de l'organisation marocaine. »

En Algérie, la direction est partagée. D'un côté, la direction de l'Assistance publique, de l'autre la direction des Services de l'Hygiène et de la Santé publique.

Le directeur de l'Assistance publique est un fonctionnaire non médecin.

Les services de l'Hygiène et de la Santé publique sont dirigés par un Inspecteur général, dont le statut a été définitivement fixé par arrêté gouvernemental du 22 mai 1930.

L'inspecteur général des Services de l'Hygiène et de la Santé publique contrôle l'organisation et le fonctionnement de tous les Services d'Hygiène de la colonie. Il exerce le contrôle technique, *au point de vue de l'hygiène*, de toutes les formations sanitaires (hôpitaux, sanatoria, dispensaires). Mais le point de vue médical ne l'intéresse pas.

Il est chargé, par délégation du gouvernement général, de la direction des mesures générales de prophylaxie dans la lutte contre les maladies contagieuses.

Il a, en outre, la direction, tant au point de vue technique qu'au point de vue administratif, de toutes les mesures de défense contre les maladies dites sociales. Pour ce qui concerne le paludisme, il est suppléé dans ses attributions par le chef du Service antipaludique.

En somme, ici encore c'est d'un seul que dépend la protection sanitaire du territoire.

En Tunisie enfin, nous l'avons vu, les Services d'Assistance et d'Hygiène publique dépendent du Directeur de l'Intérieur.

Au Directeur général de l'Intérieur est adjoint un « Inspecteur général des Services administratifs », qui s'occupe

également de l'administration des Services d'Assistance et d'Hygiène publique.

C'est du Directeur général de l'Intérieur que dépendent les chefs de service :

- de l'Hygiène publique;
- de la Santé maritime;
- de l'Office d'Hygiène sociale;
- de l'Assistance.

De cette fragmentation de directions naissent forcément de nombreux inconvénients. Les attributions respectives sont assez mal définies, il y a des chevauchements. L'incoordination des initiatives parties des divers services amène des heurts. L'absence d'unité a permis à des services étrangers de s'occuper de questions d'hygiène : ainsi, le contrôle des eaux potables est fait par le service des Travaux publics, l'inspection des écoles est assurée à Tunis par des médecins dépendant de la Direction de l'Enseignement.

Enfin, les médecins de colonisation, personnel d'exécution, et qui sont investis à la fois des missions d'assistance médicale, de lutte contre les épidémies et de préservation sociale, dépendent de trois chefs de service. Ils se plaignent, avec juste raison, d'être « écartelés ».

La conséquence en est, soit le désordre dans l'action, soit l'indifférence et l'inexécution de trop nombreuses instructions envoyées par chaque service, et qui ont tendance à demander aux médecins plus qu'il ne peut faire dans chaque domaine où il doit exercer son activité.

En apparence, la défense sanitaire de la Tunisie est plus centralisée que dans les pays voisins, puisque c'est le Directeur général de l'Intérieur qui, en principe, dirige les services d'Assistance et d'Hygiène publiques.

En réalité, la décentralisation exagérée aboutit à un éparpillement des énergies.

Les résultats, nous dira-t-on, sont pourtant appréciables, et nous nous sommes efforcés de le démontrer; ne peut-on supposer qu'ils seraient encore meilleurs, et que l'état sanitaire de la Tunisie deviendrait parfait, si une direction de la Santé et de l'Hygiène publiques, libre de ses mouvements et responsable, assurait seule, comme au Maroc, la lutte pour la salubrité ?

BIBLIOGRAPHIE

HISTOIRE DE LA TUNISIE

- Baunard (Mgr) : Lavigerie.
Dessort, etc. : Histoire de la ville de Tunis (Alger, 1924).
Despois : La Tunisie (Paris, 1931).
Dubois-Deschamps, etc. : Vue générale de la Tunisie (Tunis, 1896).
El Bekri : Description de l'Afrique Septentrionale, trad. de Slane (Alger, 1913).
El Kairouani : Histoire de l'Afrique, trad. de Pélissier et Rémusat (Paris, 1845).
Gauthier : Les siècles obscurs du Moghreb (Paris, 1927).
Gabent : Un oublié, l'Abbé Bourgade.
Grussenmeyer (Mgr) : Lavigerie.
Guérin : Voyages archéologiques dans la Régence de Tunis (Paris, 1862).
Ibn Adhari : Histoire de l'Afrique (Alger, 1901).
Mechra el Melki, trad. Serres et Lasram (Alger, 1899).
Piquet : Les civilisations de l'Afrique du Nord.
Plantet : Correspondance des Beys de Tunis.
Pons (Mgr) : La nouvelle Eglise d'Afrique.
Rousseau : Les Annales tunisiennes.
Voisins (Mme de) : Excursions d'une Française en Tunisie (1862).
Zaccane (capitaine) : Notes sur la Régence de Tunis (Paris, 1875).

HISTOIRE MEDICALE DE LA TUNISIE

- A. Chérif : Histoire de la médecine arabe en Tunisie (Tunis, 1908).
Cherouvrier : Quelques modes de thérapeutique d'usage courant en Tunisie (Th. Paris, 1926).
Dureau de la Malle : Voyages de Peyssonnel et Desfontaines dans la Régence de Tunis (Paris, 1838).
Frank : La Tunisie — in « L'Univers Pittoresque », publié par Marcel, 1880.
Guyon : Histoire des épidémies du Nord de l'Afrique (Alger, 1855).
Leclerc : La médecine arabe (Montpellier, 1854).
Matignon : L'Art médical en Tunisie (Th. Bordeaux, 1901).

- Neveu : L'état sanitaire de l'Afrique du Nord (Paris, 1914).
Pranzo : De l'empirisme et des superstitions en médecine chez les Tunisiens (Paris Médical, octobre 1922).
Shaw : Voyages dans les Régences d'Alger, Tunis et Tripoli (Paris, 1831).
Villain : Quelques aspects de la vie du médecin de colonisation dans le Sud Tunisien (Paris Médical, octobre 1921).

ORGANISATION ACTUELLE DE L'ASSISTANCE MEDICALE

1) En Tunisie :

- Bastide : Etude présentée au nom du Comité de la Société française de Bienfaisance (Tunis, 1900).
Bastide : Projet de réorganisation de l'Assistance publique en Tunisie (Tunis, 1905).
Brunswic-Le Bihan : L'Hôpital de Nabeul (Presse Médicale, 19 février 1902).
Brunswic-Le Bihan : L'Hôpital Sadiki (Presse Médicale, juin 1905).
Comte : Les auxiliaires médicaux et les District-nurses (Th. Paris, 1904).
Conseil : Statistiques sanitaires et démographiques de la ville de Tunis, de 1909 à 1928 inclus.
Coudray : L'Hôpital Sadiki (Th. Montpellier, 1914) (Tunis, 1931).
Galli-Valerio : Notes médicales sur la Tunisie (Bulletin de la Société vaudoise des Sc. Nat., n° 159 — Lausanne, 1907).
Gérard : Notice sur l'Hygiène et l'Assistance publique en Tunisie (Tunis, 1926).
Gobert : Le Bureau d'Hygiène de la ville de Tunis, de 1915 à 1916 (Tunis, 1919).
Gomma : Essai sur l'Histoire de la Médecine et de l'Hygiène publique dans la Régence (Th. Bordeaux, 1904).
Lemanski : L'Assistance publique en Tunisie (Tunis, 1857).
Mazères : Plan d'action de l'Office d'hygiène sociale de Tunis (in Bull. Syndicat méd. franç., avril 1931).
Monnery : La Pratique de l'Hygiène sociale et l'Action médicale en Tunisie (Th. Lyon, 1924).
Notice sur l'Institut Pasteur de Tunis (Tunis, 1926).
Perrier : Etude sur l'Hygiène de la Tunisie (Tunis, 1900).
Sandras : Le Service de Santé en Tunisie, 1881-1931.
Sandras et Chauzy : Les médecins militaires du Corps expéditionnaire de Tunisie.

Sfar : Assistance publique musulmane (Tunis, 1896).
Wiehn : Le service médical dans le Bled (Th. Bordeaux, 1904).

2) En Algérie :

Chassevant : La médecine sociale en Algérie (Bull. du Synd. des méd. du départ. d'Alger — juin 1926).
Tremzal : Un siècle de médecine coloniale française en Algérie (Th. Alger, 1929).
Le Service Central de l'Hygiène publique et de la médecine préventive en Algérie (Bulletin sanitaire de l'Algérie — mai 1930).
Arrêté fixant les attributions de l'Inspecteur général des Services de l'Hygiène et de la Santé publique (Bulletin sanitaire de l'Algérie, avril-mai 1930).

3) Au Maroc :

Léon Bernard : La médecine et les médecins au Maroc (Bull. Sanitaire de l'Algérie — janvier 1931).
J. Colombani : L'Hygiène publique au Maroc.
J. Colombani et Mauran : Les Services de la Santé et de l'Hygiène publiques au Maroc (Presse Médicale, juillet 1922).
Cruchet : La pénétration pacifique au Maroc (Bordeaux, 1929).
Lucien Raynaud : Etude sur la médecine et l'Hygiène au Maroc (Paris, 1902).

NOSOLOGIE

Cancer.

Brun et Delastre : Notes sur le Cancer dans le milieu indigène en Tunisie (Rev. Tun. des Sc. Méd., mars 1926).
Conseil : Le Cancer en Tunisie (Soc. de Path. exotique, juin 1911).
Conseil-Plautard-Cuénod : Le Cancer en Tunisie (Soc. des Sc. méd. de Tunis, 1911).
Conseil : La mortalité par Cancer à Tunis pendant les quinze dernières années (Bull. Soc. des Sc. méd., juin 1923).
Girard : Le Cancer en Tunisie (Th. Paris, 1912).
Levi : Proflassi del Cancro del Utero (Soc. ital. d'Obst. et Gyn., 1907).
Molco : Quelques observations sur la pathologie des organes génitaux de la femme indigène (Soc. Sc. méd. de Tunis, 1902).

L. Vaquier : Rareté du Cancer en Tunisie (Bull. Soc. franç. d'Otorhino, Congrès 1909).

Choléra.

E. Conseil : L'épidémie de choléra de 1911 (Arch. Inst. Pasteur de Tunis, 1912).

Paludisme.

Ch. Comte : Rapport sur la campagne antipaludique de 1925.
Confortola : Le Paludisme (Bull. de l'Hôpital Civil français de Tunis, numéros 5, 6, 7, 8 — 1900).

Gobert : Le Paludisme. Notions élémentaires de prophylaxie (Publicat. du Serv. antipaludique de l'Inst. Past., Tunis, 1912).

Gobert : La lutte antipaludique en Tunisie (Arch. I. P. de Tunis, 1913).

Husson : Le paludisme (Arch. Institut Pasteur de Tunis, 1907).
Instruction aux médecins de colonisation sur la lutte antipaludique, éditée par la Direction générale de l'Intérieur, Tunis, 1930).

Langeron : Campagnes parasitologiques en Tunisie (Archives des Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord, n° 4, 1921).

Ch. Nicolle : La lutte antipaludique en Tunisie (Bull. de la Soc. de Pathol. exotique, fasc. VIII, 1908).

Tillot : Le paludisme en Tunisie (« Dépêche Tunisienne » du 24 août 1913).

Vialatte : Le paludisme en Tunisie (Soc. des Sc. Méd. de Tunis, mars 1922).

Villain : Rapport sur la campagne antipaludique de 1920.

Peste.

Bloch : La Peste en Tunisie (Th. Paris, 1929).

Conseil : Deux recherches sur la Peste de 1908 (Tunis, 1909).

Loir : Histoire des épidémies de Peste à Tunis (« Dépêche Tunisienne », 1900).

Marchika : La Peste en Afrique Septentrionale (Th. Alger, 1927).

Syphilis.

Cassar : La lutte contre la Syphilis dans les hôpitaux de Tunis (Bull. Syndicat méd. français, juin 1929).

Cassuto : Notes de prophylaxie anti-syphilitique (Revue tunisienne des Sciences médicales, mai 1923).

Spillmann : La lutte contre le Syphilis en Tunisie (Revue d'hygiène et prophylaxie sociale, 1927).

Trachome.

- Cuénod : Le Trachome ou conjonctivite granuleuse en Tunisie.
Cuénod : Le Trachome (Paris, 1929).
Cuénod et Gobert : Notions sur le Trachome et l'Hygiène de la vue à l'usage des instituteurs de la Régence (Tunis, 1924).
Gobert : Ce que l'on fait en Tunisie contre le Trachome (Revue du Trachome, octobre 1924).
Nicolle et Cuénod : Etude expérimentale du Trachome (Arch. des Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord, 1921).
Nicolle, Cuénod et Blaisot : Etude expérimentale du Trachome (Annales d'Ocul., juin 1921).
Petit : Recherches sur le Trachome en Tunisie (Annales d'Ocul. août 1921, mai 1922).

Tuberculose.

- Blanche Duplenne : La Tuberculose chez les Indigènes musulmans tunisiens (Th. Paris, 1926).
Henry : La lutte antituberculeuse en France et en Tunisie (Revue Tunis. des Sc. Méd., déc. 1922, mai 1923).
Scialom : La Tuberculose chez les Israélites tunisiens (Rev. Tun. des Sciences Médicales, février 1921).

Typhus exanthématique.

- Conseil : Le Typhus exanthématique en Tunisie (Th. Paris, 1907).
Decins : L'épidémie de Typhus de 1868 (Alger Médical, 1885).
Ferrini : Del tifo esantematico, della sua comparsa in Tunisi nel inverno del anno 1868 (Th. Milan, 1870).
Franco : Du typhus exanthématique. Notes sur quelques cas observés en Tunisie (Th. Paris, 1903).
Gobert : Prophylaxie du Typhus en milieu indigène (Soc. de Path. exotique, déc. 1910).

Variole.

- Dinguizli : La variole en Tunisie (Th. Bordeaux, 1897).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-Propos	5
Aperçu Géographique	6
État sanitaire de l'arrivée des Arabes à l'arrivée des Français	9
L'Assistance médicale et la défense sanitaire du terri- toire pendant la même époque.....	19
La situation en 1881.....	31
L'Assistance publique.....	36
L'Assistance médicale.....	47
— Médecins municipaux.....	53
— Médecins de Colonisation.....	61
L'Assistance médicale dans les territoires militaires	84
Le service de santé militaire.....	88
L'Assistance médicale à Tunis	99
Le service d'Hygiène Publique	132
Prophylaxie des maladies locales.....	141
Lutte contre les maladies épidémiques.....	147
Lutte contre les maladies sociales.....	168
Office d'Hygiène Sociale	193
Conclusions.....	196
